VIỆN HÀN LÂM KHOA HỌC XÃ HỘI VIỆT NAM
HỌC VIỆN KHOA HỌC XÃ HỘI

NGUYỄN ĐÔNG HƯNG

CHUYÊN ĐỀ 1
CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ NGÔN NGỮ TRẺ EM VÀ RỐI LOẠN GIAO TIẾP Ở TRẺ CÓ PHỔ TỰ KỈ

Tên đề tài: NGHIÊN CỨU CÁC RỐI LOẠN GIAO TIẾP Ở TRẺ EM NGƯỜI VIỆT CÓ PHỔ TỰ KỈ

Ngành, chuyên ngành: ***Ngôn ngữ học***

Mã số: ***9229020***

Người hướng dẫn khoa học: 1. ***TS. Phạm Hiển***

2. ***TS. Vũ Thị Hải Hà***

MỤC LỤC

I. MỞ ĐẦU.....2
II. TỔNG QUAN TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU.....5
2.1. Những nghiên cứu trong lĩnh vực rối loạn phổ tự kỉ.....5
2.1.1. Tình hình nghiên cứu vấn đề trên thế giới.....5
2.1.2. Tình hình nghiên cứu những vấn đề liên quan ở Việt Nam.....8
2.2. Những nghiên cứu năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ.....10
2.2.1. Lịch sử nghiên cứu năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ trên thế giới.....11
2.2.2. Lịch sử nghiên cứu năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ ở Việt Nam.....23
III. CƠ SỞ LÝ THUYẾT.....29
3.1. Vấn đề nghiên cứu về trẻ có rối loạn phổ tự kỉ.....29
3.1.1. Những nghiên cứu về kĩ năng giao tiếp của trẻ có rối loạn phổ tự kỉ.....31
3.1.2. Những nghiên cứu về phát triển kĩ năng giao tiếp cho trẻ có rối loạn phổ tự kỉ.....34
3.2. Lí thuyết về vốn từ vựng tiếng Việt.....40
3.3. Lí thuyết về vốn ngữ pháp tiếng Việt.....40
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....41

I. MỞ ĐẦU

Tự kỷ là dạng khuyết tật phát triển phức tạp, được đặc trưng bởi ba khiếm khuyết: về giao tiếp, về tương tác xã hội và có hành vi, sở thích, hoạt động mang tính hạn hẹp, lặp đi lặp lại. Rối loạn phổ tự kỷ bao gồm các rối loạn có chung đặc điểm như trên, song, khác nhau về phạm vi, mức độ nặng, nhẹ, khởi phát và tiến triển của triệu chứng theo thời gian... Trẻ tự kỷ là những trẻ có thể phát triển bình thường cho đến tận 30 tháng tuổi. Tỷ lệ giữa bé trai và bé gái là khoảng 4 lần. Song, do những khuyết tật mắc phải mà trẻ tự kỉ rất khó hòa nhập với cộng đồng. Do vậy, trong những năm gần đây, tự kỷ đang trở thành vấn đề xã hội rất cần được quan tâm. Trên thế giới, tự kỉ đã được phát hiện và nghiên cứu từ rất sớm bởi hai bác sĩ tâm lý là Leo Kanner (người Mỹ gốc Áo, năm 1943) và Han Asperger (người Áo, năm 1944).

Hiện nay, khái niệm tương đối đầy đủ và được sử dụng phổ biến nhất là khái niệm của tổ chức Liên hợp quốc, đưa ra vào năm 2008, như sau: *Tự kỷ là một loại khuyết tật phát triển tồn tại suốt đời, thường được thể hiện ra ngoài trong ba năm đầu đời. Tự kỉ là do một rối loạn thần kinh ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của não bộ gây nên, chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ em và người lớn ở nhiều quốc gia, không phân biệt giới tính, chủng tộc hoặc điều kiện kinh tế - xã hội. Đặc điểm của nó là sự khó khăn trong tương tác xã hội, các vấn đề về giao tiếp bằng ngôn ngữ và phi ngôn ngữ; của các hành vi, sở thích, hoạt động lập đi lập lại và hạn hẹp.* Trong phạm vi của nghiên cứu này, chúng tôi cũng thống nhất sử dụng khái niệm đó xuyên suốt các nội dung của nghiên cứu này.

Chứng tự kỷ (autism) là một triệu chứng có đặc trưng là rối loạn nghiêm trọng trong hành vi xã hội, phát triển khác thường về khả năng giao tiếp, những thói quen phát âm và hình hành vi rập khuôn và những phản ứng bất thường đối với các kích thước cảm giác. Do những nguyên nhân khác nhau, chứng tự kỷ bắt đầu ở trẻ thơ trước

tháng thứ ba mươi. Quan sát các kỹ năng ngôn ngữ của người tự kỷ, có thể thấy người tự kể thể hiện những triệu chứng như sau: chứng nói bắt chước, ngôn điệu bất thường, cách hiểu theo nghĩa đen của các từ và đoàn ngữ hầu như loại trừ, những cản trở về ngữ dụng, chẳng hạn: vi phạm về chủ đề, khả năng phản ứng lại thấp, âm vực không thích hợp, nhầm lẫn về trực chỉ, loạt hạn chế về chức năng. Đối với người tự kỷ, những người tâm thần phân liệt, những người phát triển chậm về tinh thần, và những bệnh nhân mất ngôn thường có chứng nói bắt chước (alexia) là sự bắt chước phát ngôn của ai đó.

Hiện nay, Việt Nam đã rất quan tâm đến giáo dục và phát triển kĩ năng giao tiếp (KNGT) cho trẻ em, thể hiện qua các chương trình rèn luyện kĩ năng cho trẻ; mời các chuyên gia hướng dẫn, rèn luyện kĩ năng sống cho các em; đưa giáo dục kĩ năng sống vào chương trình giáo dục. Thông qua đó, trẻ được thực hành những KNGT cần thiết, biết cách giúp đỡ chia sẻ với mọi người, tự tin vào bản thân, tiếp thu ý kiến của người khác, kiềm chế hành vi trong các tình huống xung đột, kiềm chế cảm xúc hay biết cách làm chủ cảm xúc của mình để không bị ngoại cảnh chi phối. Kĩ năng giao tiếp được hình thành và phát triển trong quá trình sống, tương tác, qua hoạt động, trải nghiệm, tập luyện, rèn luyện… Trẻ có kĩ năng giao tiếp tốt sẽ phát triển tốt các kĩ năng quan sát, lắng nghe; kĩ năng giao tiếp, hòa đồng với bạn bè; kĩ năng làm việc trong nhóm. Đó là cơ sở để các em hình thành, phát triển các chuẩn mực đạo đức, phát triển các phẩm chất nhân cách, đạo đức, hành vi, thói quen.

Theo thống kê của Autism Treatment Network tại Mỹ (Pediatrics, 2016), trong 6.800 trẻ được chẩn đoán bị rối loạn phổ tự kỉ (từ 2 – 17.6 tuổi), có 81.7% mất tương tác xã hội; 48,3% muốn gây xung động, tấn công; 32.4% trẻ tự gây tổn thương; 67.1% trẻ có suy nghĩ và hành vi lặp lại, định hình; 68.8% trẻ có biểu hiện tăng động; thiếu tập trung chú ý: 82,1%. Rối loạn phổ tự kỉ (RLPTK) ở Việt Nam được biết đến và có những nghiên cứu rộng rãi trong hơn hai thập kỉ, những nghiên cứu về trẻ có RLPTK trải rộng từ đặc điểm phát

triển của trẻ, giáo dục nhằm phát triển các kĩ năng cho trẻ, các kĩ năng liên quan tới kĩ năng học đường ở những độ tuổi khác nhau. Bên cạnh đó, việc nhận ra những khó khăn của trẻ có RLPTK để đưa ra những biện pháp hỗ trợ đặc biệt cũng chưa thực sự có sự thống nhất. Đối với trẻ RLPTK, vấn đề giao tiếp, tương tác xã hội là một trong những khó khăn cốt lõi, do vậy việc phát triển và rèn luyện kỹ năng xã hội cho trẻ là một nhiệm vụ quan trọng của gia đình và nhà trường để giúp trẻ có thể tham gia vào các hoạt động, học tập, vui chơi nhằm tăng cường khả năng giao tiếp và hòa nhập xã hội hiệu quả hơn. Trẻ có RLPTK đã và đang tham gia và chương trình giáo dục nói chung và chương trình giáo dục mầm non nói riêng với rất nhiều khó khăn, thách thức. Những nghiên cứu về rối loạn phổ tự kỉ đã tập trung vào những kĩ năng rất cơ bản của trẻ như: kĩ năng giao tiếp, kĩ năng tự phục vụ, kĩ năng học đường. Đây cũng là các yếu tố giúp trẻ có điều kiện phát triển về KNGT vì vậy cần có các biện pháp giáo dục phù hợp nhằm phát triển kĩ năng này, giúp các em chiếm lĩnh được những kĩ năng cơ bản làm nền tảng cho sự phát triển các mối quan hệ xã hội, phát triển một cách tốt nhất nhân cách của các em.

Khoa học giáo dục mầm non đã khẳng định để giúp trẻ mẫu giáo 5 tuổi học tập một cách có hiệu quả khi bước vào lớp 1 ở trường tiểu học, trẻ cần phải được chuẩn bị một cách toàn diện về thể chất, trí tuệ, ngôn ngữ và giao tiếp - xã hội. Trong đó, việc chuẩn bị cho trẻ kĩ năng giao tiếp - xã hội đóng vai trò hết sức quan trọng. Nếu trẻ được chuẩn bị tốt về các kĩ năng giao tiếp, các em sẽ dễ dàng hòa nhập với môi trường mới, có khả năng kết bạn tốt [8]. Như vậy, có thể thấy việc phát triển KNGT cho các em ở lứa tuổi này đóng một vai trò hết sức quan trọng, làm nền tảng cho sự phát triển của sau này. Trẻ có RLPTK cũng như các trẻ em khác, nếu đến 6 tuổi trẻ không đạt được mức độ phát triển KNGT cần thiết, tối thiểu thì trẻ sẽ gặp nhiều khó khăn trong cuộc sống sau này mà trước hết là khó khăn trong việc học tập ở giai đoạn tiếp theo.

Hình thành và phát triển kĩ năng giao tiếp cho trẻ em nói chung và trẻ có RLPTK nói riêng là việc làm hết sức cần thiết. Tuy nhiên, đây lại là một nhiệm vụ không hề dễ dàng. Trẻ có RLPTK khác với các trẻ khác trong cách tiếp thu thông tin - với kiểu tri giác bộ phận, bị chi phối bởi hệ thống cảm giác khác biệt; khó khăn trong việc hiểu suy nghĩ, dự định của người khác; khó khăn trong việc tổ chức hoạt động tư duy và thực tiễn, nhiều em có cách tổ chức theo một trật tự riêng, khó thay đổi và cũng hết sức khác biệt so với người khác… Những điều này khiến các em gặp khó khăn trong cuộc sống, trong học tập và trong việc duy trì sự tương tác, mối quan hệ với người khác.

Trẻ bình thường trải qua các giai đoạn phát triển ngôn ngữ khác nhau trong những năm đầu đời. Tuy nhiên đối với trẻ tự kỷ thì bánh xe ngôn ngữ dường như bị chệch ra khỏi đường ray phát triển hoặc đi rất chậm lại. Một số trẻ vẫn có sự phát triển về lời nói, nhưng cách phát âm và cách biểu đạt ngôn ngữ lại có những dấu hiệu bất thường. Trẻ có những câu nói vô nghĩa, nhại lại lời người khác rất chính xác nhưng dường như bản thân trẻ cũng không hiểu những lời nói mà mình phát âm ra. Thậm chí nhiều trẻ còn không có ngôn ngữ lời nói. Với trẻ khuyết tật trí tuệ, tự kỷ hạn chế về ngôn ngữ hay không có ngôn ngữ thì phát triển giao tiếp bằng lời nói cho trẻ là một vấn đề hết sức khó khăn. Do vậy, việc nghiên cứu, đánh giá sự phát triển ngôn ngữ của trẻ tự kỉ, đặc biệt là các lỗi ngôn ngữ mà trẻ tự kỉ hay mắc phải càng trở nên cần thiết. Tuy vậy, những nghiên cứu về mặt ngôn ngữ về vấn đề ngôn ngữ của trẻ tự kỉ ở Việt Nam hiện nay còn chưa đạt được nhiều thành tựu như mong muốn.

II. TỔNG QUAN TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU

2.1. Những nghiên cứu trong lĩnh vực rối loạn phổ tự kỉ

Trong tiến trình phát triển của mình, rối loạn phổ tự kỉ đã trải qua nhiều phương pháp nghiên cứu và cách tiếp cận khác nhau. Mỗi

cách tiếp cận đều có những giá trị và đóng góp cụ thể và nhất định vào sự phát triển chung của công việc phát hiện, chẩn đoán, đánh giá, can thiệp, giáo dục và trị liệu cho trẻ tự kỉ. Những cách tiếp cận này đã ảnh hưởng ít nhiều đến những vấn đề lí luận và thực tiễn của tự kỉ.

2.1.1. Tình hình nghiên cứu vấn đề trên thế giới

Thuật ngữ rối loạn phổ tự kỉ (Autism Spectrum Disorders - ASDs) bắt đầu được xem xét từ những năm 70 và 80 của thế kỉ XX. Theo quan điểm hiện đại này, tự kỉ theo cách gọi của Kanner được xếp vào phạm trù rộng hơn là rối loạn phổ tự kỉ (ASDs). Rối loạn phổ tự kỉ bao gồm: rối loạn tự kỉ (Autistic Disorder), hội chứng Asperger, rối loạn bất hòa nhập tuổi ấu thơ (Childhood Disintegrative Disorder - CDD), hội chứng Rett... Thuật ngữ rối loạn phổ tự kỷ thường được xem là đồng nghĩa với rối loạn phát triển diện rộng (Pervasive Development Disorders – PDDs). Tuy nhiên, đến phiên bản lần thứ 5 của *Sổ tay thống kê chẩn đoán những rối nhiễu tâm thần của Hiệp hội tâm thần học Mỹ* (DSM - 5) đã chính thức sử dụng tên "Rối loạn phổ tự kỉ" thay cho "Rối loạn phát triển diện rộng".

Theo DSM – 5, trẻ có chẩn đoán là rối loạn phổ tự kỷ phải thỏa mãn những điều kiện qui định trong 5 nhóm A, B, C, D, E như sau:

Nhóm A: Khiếm khuyết về giao tiếp xã hội và tương tác xã hội.

Nhóm B: Những giới hạn, lặp lại, rập khuôn về hành vi, sở thích và hoạt động.

Nhóm C: Những khiếm khuyết hay những triệu chứng trên phải biểu hiện lúc trẻ còn nhỏ tuổi.

Nhóm D: Những triệu chứng nêu trên có ảnh hưởng đối nghịch và hạn chế khả năng sinh hoạt hàng ngày của trẻ.

Nhóm E: Những triệu chứng nêu trên không thể giải thích được bởi khuyết tật trí tuệ hay sự chậm phát triển bao quát của trẻ.

Các nhà nghiên cứu về tự kỷ trên thế giới đã xác định một tập hợp các yếu tố chung giúp cho việc thực hành đạt hiệu quả, qua

nhiều phương pháp điều trị đã được ủng hộ bởi các bằng chứng thử nghiệm. Các yếu tố đó là:

(1) bắt đầu điều trị, can thiệp sớm nhất có thể;

(2) cường độ điều trị/can thiệp cao (20-30 giờ mỗi tuần);

(3) đánh giá có hệ thống, liên tục, hướng đến các lựa chọn cho việc can thiệp;

(4) có các chiến lược để thúc đẩy khả năng khái quát hóa các kỹ năng đã học;

(5) môi trường có cấu trúc với một lịch trình có thể dự đoán được;

(6) trình độ học vấn, đào tạo của nhân viên cao;

(7) sự tham gia tích cực, bền vững của trẻ;

(8) các chương trình điều trị/ can thiệp riêng biệt được thiết kế để đáp ứng nhu cầu của từng trẻ;

(9) nội dung chương trình cụ thể với trọng tâm là kỹ năng giao tiếp, kỹ năng xã hội/chơi, nhận thức, tự phục vụ và các vấn đề hành vi;

(10) có sự tham gia của phụ huynh cao (Rogers, 1996; Dawson & Osterling, 1997; Dunlap, 1999; Hurth, Shaw, Izeman, Whaley, & Rogers, 1999; NRC, 2001).

Một số nhà nghiên cứu cũng báo cáo rằng việc hòa nhập với các bạn đồng trang lứa phát triển bình thường cũng là điều quan trọng (Robbins, Giordano, Rhoads, & Feldman, 1996; Tsai, 1998). Những yếu tố trong cấu trúc của các chương trình can thiệp sớm này có thể cũng quan trọng như các kỹ thuật can thiệp cụ thể trong việc cải thiện việc chăm sóc cho trẻ tự kỷ (theo Stahmer, 2007). Do đó, đây cũng chính là những yếu tố quan trọng mà các nhà cung cấp dịch vụ can thiệp dựa trên cộng đồng cho trẻ tự kỷ cần chú ý.

Nghiên cứu của Stahmer (2007) đã mô tả thực trạng cấu trúc của các chương trình can thiệp sớm dựa vào cộng đồng tại

California, Mỹ, với sự tham gia của khách thể gồm 80 nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm, làm việc ở nhà và lớp học. Tại Hoa Kỳ, các khoản tài trợ và các quy định của chương trình can thiệp sớm thay đổi tùy thuộc vào độ tuổi của trẻ. Trẻ em dưới ba tuổi được phục vụ quy định tại Phần C của Đạo luật người khuyết tật (IDEA), trẻ em trên ba tuổi được phục vụ quy định tại Phần B của IDEA. Tại California, Sở khuyết tật về phát triển cung cấp các dịch vụ cho trẻ sơ sinh và trẻ tập đi (Phần C) trong khi Bộ Giáo Dục cung cấp các dịch vụ cho trẻ em mẫu giáo (Phần B). Cấu trúc của các chương trình can thiệp sớm dựa trên cộng đồng được tác giả đánh giá ở các thành tố: đặc điểm của nhà cung cấp dịch vụ, trình độ bằng cấp, kinh nghiệm của người cung cấp dịch vụ, mức độ chuyên sâu của chương trình (về mặt thời gian can thiệp), mức độ hòa nhập với bạn cùng lứa, sự phân loại các dạng lớp học, tư vấn và hợp tác với những cá nhân có liên quan, các dịch vụ và liệu pháp khác, sự tham gia của cha mẹ và tập huấn cho cha mẹ, lên kế hoạch cho giáo án/ chương trình dạy và mục tiêu. Kết quả cho thấy mức độ can thiệp của chương trình cho phần lớn trẻ từ dịch vụ dựa vào cộng đồng được khảo sát thấp hơn mức khuyến nghị 25 giờ mỗi tuần (NRC, 2001). Chỉ có 2 chương trình (chiếm 1%) được cung cấp 25 giờ hoặc nhiều giờ hơn mỗi tuần, và chỉ có 10 (chiếm 13%) có 20 giờ hoặc hơn. Phần lớn các chương trình đã bao gồm các dịch vụ bổ sung như trị liệu ngôn ngữ và trị liệu hoạt động, liệu pháp âm nhạc, v.v. Ngoài ra, chỉ có một nửa số nhà cung cấp tham gia nghiên cứu này báo cáo họ có hợp tác với những cơ quan liên quan. Phần lớn các chương trình báo cáo có một chuyên gia tự kỷ có sẵn để hỗ trợ. Tuy nhiên, định nghĩa của “chuyên gia tự kỷ' vẫn chưa rõ ràng. Ngoài các khía cạnh được mô tả ở trên, sự tham gia của cha mẹ trong điều trị là một yếu tố phổ biến, các nhà cung cấp đồng ý rằng đây là một khía cạnh quan trọng đối với việc điều trị cho trẻ RLPTK. Tuy nhiên, cách thức và mức độ tham gia này là khác nhau giữa các chương trình. Một số chương trình tập huấn cho phụ huynh các phương pháp can

thiệp cụ thể, bao gồm thực hành với phản hồi và khá chuyên sâu. Một số chương trình khác, sự tham gia của phụ huynh chỉ đơn giản là có sổ tay giao tiếp, liên lạc giữa gia đình và trường. Một số chương trình đã quy định thời gian dành riêng để thực hiện việc can thiệp tại nhà. Một vài nơi lớn hơn tổ chức các hội thảo được thiết kế đặc biệt để giúp phụ huynh sử dụng kỹ thuật can thiệp tại nhà (Stahmer, 2007).

Nghiên cứu của Richar A. Villa và cộng sự (2011) chỉ ra: hiệu quả của công tác can thiệp sớm về mặt hành vi cho trẻ có RLPTK trong môi trường cộng đồng (EIBI). Kết quả của nghiên cứu trường hợp điển hình và bảng hỏi phụ huynh về sự hài lòng của dịch vụ tư vấn, can thiệp sớm và giáo dục cho con em, Kết quả cho thấy, đa phần phụ huynh hài lòng với dịch vụ can thiệp sớm cho con ngay tại cộng đồng. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, tuỳ theo mỗi loại dịch vụ mà trẻ tự kỉ nhận được sau đó, chất lượng của các dịch vụ can thiệp hành vi cho trẻ tự kỉ dựa vào cộng đồng còn phụ thuộc moi các dịch vụ giáo dục khác tại gia đình và cách dịch vụ công cộng khác.

Năm 2007, Iliana Magiati và các đồng nghiệp đã đã tiến hành một nghiên cứu nhằm so sánh hiệu quả của dịch vụ can thiệp hành vi sớm cho trẻ tự kỉ tuổi mầm non tại trường mầm non đặc biệt và can thiệp sớm hành vi cho trẻ tự kỉ dựa vào cộng đồng (EIBI). Nghiên cứu này tiến hành trên 44 trẻ tự kỉ trong độ tuổi từ 23 đến 53 tháng tuổi, trong đó 28 trẻ theo chương trình EIBI và 16 trẻ tự kỉ được can thiệp tại nhà trẻ. Những can thiệp bao gồm các lĩnh vực như nhận thức, ngôn ngữ, chơi, hành vi thích ứng được tiến hành trong 2 năm và cả thời gian theo dõi sau đó. Kết quả đã chỉ ra rằng, trong cả hai nhóm, tất cả các trẻ đã có sự tiến bộ trong tuổi phát triển.

Theo Diana Robins, dự án được tài trợ bởi National Institute of Mental Health (NIMH) R01MH104423 khẳng định rằng việc kết nối tất cả các chuyên gia, lĩnh vực nhằm chăm sóc, giáo dục cho trẻ có RLPTK là rất quan trọng, Sự kết hợp này cần được đi từ việc sàng

lọc ban đầu ở những môi trường ngay tại cộng đồng hoặc chăm sóc ban đầu. Tới việc vận hành hệ thống can thiệp sớm (the Individuals with Disabilities education Act (IDEA) Part C. Nghiên cứu này là sự hợp tác giữa 4 trường đại học bao gồm các hoạt động chăm sóc cơ bản, sàng lọc tổng thể sử dụng (Smart ESAC), theo dõi, và tiến hành can thiệp sớm. Những hoạt đông cơ bản của dự án được chủ trì bởi các tiến sĩ Amy Wetherby, Ami Klin, Craig Newschaffer, và Catherine Lord, đều là các nhà nghiên cứu hàng đầu trong lĩnh vực phát hiện sớm, can thiệp sớm cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

2.1.2. Tình hình nghiên cứu những vấn đề liên quan ở Việt Nam

Nghiên cứu về ngôn ngữ trẻ em đã được nhiều nhà nghiên cứu quan tâm. Có thể kể đến các công trình của các tác giả Lê Quang Thiêm (1972), Đoàn Thiện Thuật (1972), Bùi Khánh Thế (1972), Nguyễn Huy Cẩn (1990), Lưu Thị Lan (1996), Phạm Hiển (2006), Phạm Hiển và cộng sự (2018, 2022).... Các nghiên cứu đã cố gắng chỉ ra những đặc điểm phát triển ngôn ngữ của trẻ trong giai đoạn 0 – 6 tuổi, phân chia theo các mốc phát triển. Những nghiên cứu phủ rộng trên các bình diện ngữ âm, từ vựng, ngữ pháp. Những nghiên cứu có thể làm cơ sở để xây dựng các tiêu chí để đánh giá ngôn ngữ cho trẻ, ứng dụng trong việc xây dựng phương pháp để phát triển năng lực ngôn ngữ cũng như chẩn đoán những bệnh lý ngôn ngữ cho trẻ. Nghiên cứu về những dạng khó khăn về mặt ngôn ngữ ở trẻ em Việt Nam, các nhà nghiên cứu thường đề cập tới các dạng khó khăn của trẻ khiếm thính, trẻ tự kỉ, trẻ chậm phát triển ngôn ngữ. Có thể kể đến các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Văn Thành (2006), Vũ Thị Bích Hạnh (2007), Nguyễn Nữ Tâm An (2009), Đào Thu Thủy (2015) về hội chứng tự kỉ, nghiên cứu của tác giả Phạm Đình Nguyên (2018), Bùi Thị Lâm (2016, 2017), Vương Hồng Tâm (2012) về trẻ khiếm thính. Một số tác giả đã có những nghiên cứu về hành vi rối nhiễu ngôn ngữ như Phạm Thị Cơi trong luận án tiến sĩ *Quá trình hình thành ngôn ngữ nói ở trẻ Điếc Việt Nam* (1989), Nguyễn

Huy Cẩn (2001) nghiên cứu *Rối nhiễu ngôn ngữ và chậm phát triển ngôn ngữ* v.v.

Theo Bộ y tế Việt Nam (Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ khuyết tật, 2014) phát hiện sớm là sàng lọc rối loạn phát triển của trẻ em theo độ tuổi và giai đoạn phát triển nhằm phát hiện những trẻ có nguy cơ bị khuyết tật để gửi đi khám phân loại khuyết tật từ đó có biện pháp can thiệp sớm. Phát hiện sớm rối loạn phổ tự kỉ được hiểu là trẻ rối loạn phổ tự kỉ được phát hiện trước 3 tuổi.

Hiện nay có nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới đang được tiến hành, áp dụng cho việc phát hiện sớm trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Một số nước trên thế giới, đặc biệt là ở Mỹ đang có tham vọng sàng lọc phát hiện rối loạn phổ tự kỉ từ sơ sinh.

Để phát hiện sớm trẻ có dấu hiệu bất thường và theo dõi sự phát triển của trẻ nhỏ, nhóm chuyên gia Đại học Oregon của Mỹ xây dựng và hoàn thiện trong hơn 40 năm qua công cụ ASQ (Ages and Stages Questionnaires). Đây là bộ câu hỏi về sự phát triển của trẻ từ 2 tháng tuổi đến 6 tuổi, ASQ được coi như tiêu chuẩn vàng để sàng lọc sự phát triển cho trẻ. ASQ theo dõi sự phát triển của trẻ ở 5 lĩnh vực: giao tiếp, vận động thô, vận động tinh, cá nhân xã hội và giải quyết vấn đề, từ đó phát hiện các điểm mạnh cũng như các lĩnh vực mà trẻ cần hỗ trợ, phát hiện sớm rối loạn phát triển và rối loạn phổ tự kỉ.

Ở Việt Nam, công tác phát hiện sớm, chẩn đoán đánh giá thường do các bác sĩ tâm thần nhi; do các nhà tâm lí lâm sàng hoặc giáo dục đặc biệt thực hiện. Nghiên cứu về qui trình chẩn đoán đánh giá tự kỉ, tác giả Thành Ngọc Minh cùng cộng sự đưa ra qui trình chẩn đoán bao gồm từ vấn đề “Lo ngại về sự phát triển của trẻ” Sàng lọc (dùng M – CHAT, Denver 2) Khám toàn diện (Đánh giá theo DSM - IV, CARS, PEP – III, Đo thính lực, Định lượng chì) Hướng dẫn can thiệp. Việc chẩn đoán do nhóm các bác sĩ và các cán bộ tâm lí cùng kết hợp quan sát và thảo luận. Việc chẩn đoán đôi khi

không chỉ thực hiện trong lần đầu tiên trẻ đi khám mà cần theo dõi diễn biến trong một thời gian nhất định, theo dõi tại các môi trường khác nhau. Nhóm tác giả cũng nhấn mạnh "Chẩn đoán tự kỉ nên thận trọng vì nếu chẩn đoán không chính xác sẽ gây ra những lo lắng cho gia đình, nhưng nếu bỏ sót thì gia đình dễ chủ quan không can thiệp sẽ làm mất cơ hội của trẻ sau này". Trong 5 năm thực hiện khảo sát, nhóm tác giả cũng đưa ra tỉ lệ trẻ trai mắc gấp 5-6 lần trẻ gái, số trẻ ASDs được khám lúc 2 tuổi và dưới 2 tuổi chiếm 37%. Kết quả này cho thấy nhận thức của cha mẹ, cộng đồng về rối loạn phổ tự kỉ đã tăng lên rõ rệt.

Tác giả Nguyễn Thị Hoàng Yến (2013) và cộng sự đã công bố kết quả nghiên cứu trong bài báo khoa học"Bảng kiểm phát triển cho trẻ em Việt Nam". Bài báo mô tả về bảng kiểm đánh phát triển cho trẻ em Việt Nam từ 0-6 tuổi, lịch sử ra đời, thiết kế, cấu trúc và một số ứng dụng ban đầu của bảng kiểm. Mục đích của bảng kiểm là phát hiện những bất thường trong quá trình phát triển của trẻ từ 0-6 tuổi, làm cơ sở cho giáo viên và cha mẹ trẻ xây dựng chương trình giáo dục hỗ trợ phù hợp với các bất thường được phát hiện 3. Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ thực hiện trên nhóm trẻ khuyết tật trí tuệ. Cần có những nghiên cứu áp dụng trên trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

Các tác giả: Đào Thị Bích Thủy (2013) Trần Thị Minh Thành (2013) cũng đã có một số công bố kết quả nghiên cứu về đánh giá phát triển trong CTS trẻ tự kỉ. Nội dung bao gồm: 1) đánh giá phát triển và xây dựng kế hoạch giáo dục cá nhân trẻ tự kỉ; 2) phát hiện và đề xuất một số giải pháp nhằm giải quyết vấn đề đánh giá trẻ tự kỉ ở nước ta.

Kết quả khảo sát của nhóm tác giả Trần Văn Công và cộng sự (2013), thông qua phương pháp điều tra trên 115 nhà chuyên môn đang trực tiếp tham gia công tác đánh giá và can thiệp cho trẻ RLPTK tại các cơ sở cho thấy: các bộ công cụ phổ biến nhất đang được các cơ sở sử dụng hiện nay là: SMALL STEPS, PEP – R, PEP 3, ABS-S2, CHAT/M-CHAT, DENVER 2, CARS, ADOS, ADI-R, BSID-II.

Nhìn chung, công tác phát hiện sớm các lỗi ngôn ngữ của trẻ rối loạn phổ tự kỉ ở Việt Nam còn chưa được quan tâm được quan tâm đúng mức. Các công cụ hiện sử dụng đều lấy của nước ngoài mà chưa được Việt hóa. Tùy theo điều kiện gia đình, địa phương mà công tác PHS trẻ RLPTK thực hiện khác nhau, chưa có sự thống nhất. Đây là một thực tế cần được thay đổi nhằm mang lại lợi ích cho trẻ và gia đình trẻ rối loạn phổ tự kỷ ở Việt Nam.

2.2. Những nghiên cứu năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ

Năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ là một vấn đề rất được các nhà khoa học quan tâm, không chỉ trên thế giới mà còn ở Việt Nam. Các nhà khoa học đã đạt được những thành tựu đáng kể và đem đến những bước ngoặt lớn trong quá trình nghiên cứu và ứng dụng về lĩnh vực này. Sau đây là lịch sử nghiên cứu năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ trên thế giới và ở Việt Nam.

2.2.1. Lịch sử nghiên cứu năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ trên thế giới

Ngôn ngữ là một sự sáng tạo kì diệu của loài người và nghiên cứu về vấn đề ngôn ngữ đã được các quốc gia trên thế giới đề cập đến từ thời cổ đại. Tuy nhiên, thời điểm này, người ta nghiên cứu ngôn ngữ không tách khỏi triết học và logic học. Từ sau cách mạng tư sản pháp, bắt đầu nảy sinh nhiều khuynh hướng trong ngôn ngữ học và khuynh hướng tâm lí chủ nghĩa cũng ra đời, coi ngôn ngữ như một cơ chế hoạt động tâm lí cá nhân. Đến năm 1953, ngôn ngữ học tâm lí (psycholinguistics) mới được thừa nhận tại trường Đại học Indiana (Mỹ) và phát triển theo hai hướng chính là khuynh hướng tâm lí học ngôn ngữ Mỹ: đại diện tiêu biểu là tiếp cận hành vi (dựa trên công trình của Skinner, 1957), tiếp cận về cấu trúc ngôn ngữ (dựa trên công trình của Chomsky, 1965). Khuynh hướng tâm lí học ngôn ngữ Xô viết: đại diện tiêu biểu là tiếp cận tương tác xã hội (dựa trên công trình của Vygotsky, 1962) [dẫn theo 13]. Từ sau các hướng tiếp cận này,

các nhà tâm lí và giáo dục quan tâm đến lĩnh vực ngôn ngữ trẻ, đặc biệt là trẻ tự kỷ đã nghiên cứu và phát triển các bộ công cụ để đo lường và đánh giá năng lực ngôn ngữ. Các phương pháp can thiệp cũng được nghiên cứu và đưa ra ứng dụng đạt được những thành tựu nổi bật.

2.2.2.1. Các hướng tiếp cận ngôn ngữ

a. Tiếp cận theo hướng hành vi

Năm 1957, Skinner đã xuất bản cuốn sách "*Verbal behavior*". Theo đó, ngôn ngữ là một hành vi có thể được định hình và củng cố. Ông cũng cho rằng ngôn ngữ (ví dụ nói) là một hành vi học được học và được kiểm soát bởi các biến môi trường như động cơ, củng cố và các kích thích tiền đề. Một hành vi ngôn ngữ đòi hỏi phải có hai người tương tác với nhau là người nói và người nghe. Người nói phản ứng bằng cách nhất định - điều đó có nghĩa là họ phát âm. Người nghe có thể điều chỉnh hành vi tiếp theo của người nói bằng cách thể hiện sự củng cố, không có củng cố hay trừng phạt tùy theo cái gì được nói ra.

Theo cách tiếp cận này, ngôn ngữ bao gồm: phân biệt các kích thích, thiết lập hành động, sự phản ứng. Ông tập trung nghiên cứu hành vi ngôn ngữ của con người và coi hành vi ngôn ngữ như là sự thực thi ngôn ngữ. Theo đó, hành vi ngôn ngữ bao gồm các thành phần sau: Hành vi yêu cầu bằng ngôn ngữ, hành vi bắt chước ngôn ngữ, hành vi ghi nhớ hình ảnh ngôn ngữ, hành vi thực hiện các yêu cầu bằng thị giác, hành vi hiểu ngôn ngữ, hành vi nói nối tiếp lời nói, hành vi diễn đạt ngôn ngữ (Skinner, 1957). Tất cả các thành phần này đều rất cần thiết để hình thành ngôn ngữ cho trẻ. Các thành phần này có mối quan hệ phụ thuộc với nhau. Sự tiến bộ của thành phần này ảnh hưởng đến các thành phần khác.

Hướng tiếp cận này có một ý nghĩa to lớn cho công tác giáo dục và dạy học hiện nay. Là cơ sở để các nhà giáo dục đề ra

phương thức dạy học phù hợp, xuất phát từ các điều kiện khách quan bên ngoài để thay đổi hành vi mong đợi ở trẻ. Tuy nhiên, hướng tiếp cận này đã đồng hóa hành vi người và hành vi động vật, xem quá trình thu nhận và diễn đạt ngôn ngữ ở mỗi đứa trẻ một cách máy móc mà coi nhẹ tính tích cực của chủ thể và đề cao vai trò của kích thích bên ngoài trong việc tạo ra các phản ứng.

b. Tiếp cận theo hướng cấu trúc ngôn ngữ

Bác bỏ lý thuyết của Skinner, năm 1965, Chomsky đã đưa ra công trình "*Những vấn đề lí luận cú pháp*". Với công trình này, tác giả đã đưa ra khái niệm "*Năng lực ngôn ngữ*" với ý nghĩa là kiến thức của người nói - người nghe về ngôn ngữ của mình mà thực chất là kiến thức cú pháp của tiếng mẹ đẻ. Khái niệm này đối lập với "*ngôn ngữ thao tác*" - được hiểu là thực tế sử dụng ngôn ngữ trong các tình huống cụ thể và ngôn ngữ thao tác này chịu ảnh hưởng của vô số các yếu tố khác nhau.

Vì năng lực ngôn ngữ tiềm ẩn bên trong không thể quan sát trực tiếp được, nên ta chỉ có thể quan sát được một cách gián tiếp thông qua hành vi ngôn ngữ (Ngôn ngữ thao tác). Do vậy, Chomsky cho rằng đối tượng nghiên cứu của ngôn ngữ học là năng lực ngôn ngữ (tức kiến thức về cú pháp) chứ không phải hành vi ngôn ngữ.

Mặt khác, ông cũng cho rằng năng lực ngôn ngữ mang tính bẩm sinh, tức là trẻ con phải có tri thức bẩm sinh rất rõ ràng về một ngữ pháp phổ quát thì mới có thể học ngôn ngữ. Thành phần của một cấu trúc ngữ pháp gồm: cú pháp, âm vị và ngữ nghĩa. Với kiến thức bẩm sinh về ngữ pháp phổ quát đứa trẻ tiếp nhận ngữ pháp của tiếng mẹ đẻ, thông qua kinh nghiệm... Chính điều này đã khiến cho tất cả những đứa trẻ bình thường chỉ cần tiếp xúc với nguồn dữ liệu là có thể học nói trong một khoảng thời gian ngắn.

Tuy nhiên, lí thuyết ngôn ngữ học mà Chomsky đưa ra có những hạn chế là ông đã không nhìn thấy sự gắn kết cơ bản giữa ngôn ngữ và giao tiếp, giữa nghĩa và các hành động lời nói. Toàn

bộ lí thuyết của Chomsky dựa trên đức tin của ông rằng câu là khách thể trừu tượng được người ta sản sinh ra và hiểu chúng tách rời với vai trò hay chức năng giao tiếp của câu.

c. Tiếp cận theo hướng nhận thức

Phản biện lại thuyết hành vi khi cho rằng con người là "*động vật được lập trình",* chỉ đơn thuần đáp ứng với các kích thích môi trường, lý thuyết nhận thức nhấn mạnh vai trò của con người trong việc tham gia tích cực vào quá trình tiếp thu các thông tin bên ngoài, xử lí và đánh giá chúng, từ đó quyết định các hành vi ứng xử. Đây là hướng tiếp cận được rất nhiều nhà tâm lí học quan tâm. Trong đó phải kể đến Jean Piaget (1896-1980) – là nhà Tâm lí học người Thụy Sỹ. Năm 1923, ông đã cho xuất bản cuốn sách có tựa để là "*Ngôn ngữ và tư duy của trẻ*". Trong tác phẩm này, ông đã đề cập đến sự phát triển ngôn ngữ như sau: ở đứa trẻ bình thường, ngôn ngữ xuất hiện gần như đồng thời với những hình thức khác của tư duy kí hiệu. Chính điều này làm cho tư duy tách khỏi hành động và do đó tạo ra biểu tượng. Ông cũng thừa nhận rằng, trong quá trình hình thành ấy, ngôn ngữ đóng vai trò đặc biệt quan trọng vì trái với những công cụ ký hiệu khác (những hình ảnh…) được cá nhân tạo ra theo những nhu cầu, ngôn ngữ đã được xây dựng xong xuôi về mặt xã hội và đối với các cá nhân học để sử dụng nó trước khi góp phần làm phong phú nó, ngôn ngữ chứa đựng sẵn một tập hợp với những công cụ nhận thức (những liên hệ, những phân loại…) phục vụ cho tư duy [dẫn theo 16]. Do đó, ngôn ngữ là biểu hiện rõ ràng nhất của biểu tượng hóa, ngôn ngữ phát triển nhanh trong giai đoạn các chức năng biểu tượng biểu hiện rõ ràng.

Cụ thể đến 3 - 4 tuổi, trẻ em có khả năng kể chuyện, hỏi chuyện, trình bày việc làm của mình, xét đoán, suy luận, làm cho người ta có cảm tưởng tư duy của chúng cũng giống như của người lớn. Ở giai đoạn này, nổi bật lên một đặc tính chung mà Jean Piaget gọi là *égocentrism*e nghĩa là duy kỉ, tức là lấy mình làm

trung tâm. Đến 6 - 7 tuổi trẻ em bắt đầu thoát khỏi ảnh hưởng của tính duy kỉ để chuyển sang giai đoạn hình thành những thao tác tư duy cụ thể, ngôn ngữ trẻ cũng trở nên linh hoạt hơn nhờ hình thành các thao tác cụ thể. Nhờ đó, trẻ lý giải các hiện tượng xã hội tốt hơn, trẻ cũng quan tâm đến những vấn đề về đạo đức và tạo lập các mối quan hệ đa dạng: trong gia đình, nhóm cùng trang lứa và trong xã hội rộng lớn. Từ sau 11 tuổi, trẻ có khả năng khái quát hoá các ý tưởng và cấu trúc các điều trừu tượng, trẻ có thể suy luận dựa trên các mệnh đề, các giả thuyết và đưa ra kết luận từ những giả thuyết hơn là dựa hoàn toàn vào quan sát thực tế, được gọi là suy nghĩ suy luận - giả thuyết [15].

Lý thuyết của Piaget có tác động sâu sắc đến các nhà ứng dụng tâm lí và nhà giáo dục trẻ em. Lý thuyết này ủng hộ việc cung cấp những cơ hội cho trẻ trải nghiệm về vật thể cũng như các hiện tượng tự nhiên trong cuộc sống. Mà trong đó, hoạt động chơi là hoạt động thiết yếu và an toàn nhất cho trẻ nhiều cơ hội vui thú để trải nghiệm và khám phá không ngừng, thúc đẩy liên tục sự phát triển trí tuệ của trẻ. Tuy nhiên, lý thuyết này chú ý nhiều đến hành vi như một cách thức học tập mà coi nhẹ giao tiếp ngôn ngữ và không đề cao tầm quan trọng của ngôn ngữ trong phát triển nhận thức.

d. Tiếp cận theo hướng tương tác xã hội

Trong khi Piaget cho rằng ngôn ngữ phụ thuộc vào suy nghĩ để phát triển (có nghĩa là tư duy có trước ngôn ngữ) thì theo hướng tiếp cận này, ngay từ khi sinh ra, tư duy và ngôn ngữ là những hệ thống phân tách riêng biệt, ngôn ngữ phát triển thông qua tương tác xã hội nhằm phục vụ những mục đích giao tiếp, đây là công cụ vĩ đại nhất của con người, là phương tiện giao tiếp với thế giới bên ngoài. Đại diện tiêu biểu cho hướng tiếp cận này là L. X. Vygotsky (1896 - 1934). Năm 1987, Vygotsky, trong tác phẩm "*Thinking and speech*", ông đã phân biệt 3 hình thức ngôn ngữ:

Ngôn ngữ xã hội – ngôn ngữ giao tiếp bên ngoài mà ta sử dụng để nói chuyện với người khác (điển hình từ lúc trẻ 2 tuổi).

Ngôn ngữ cá nhân (ngôn ngữ duy kỷ) - ngôn ngữ hướng đến bản thân và có chức năng trí tuệ (đặc trưng cho trẻ 3 tuổi).

Ngôn ngữ cá nhân tiềm ẩn - ngôn ngữ giảm thiểu âm thanh, đảm nhiệm chức năng tự điều chỉnh và được biến đổi thành ngôn ngữ thầm lặng bên trong (điển hình ở trẻ 7 tuổi).

Theo Vygotsky, ngay từ khi sinh ra, tư duy và ngôn ngữ là những hệ thống riêng biệt và chỉ được sáp nhập khi trẻ bước vào tuổi lên 3. Vào giai đoạn này, ngôn ngữ và tư duy trở nên phụ thuộc lẫn nhau: tư duy trở nên có lời, ngôn ngữ bắt đầu mang tính tượng trưng. Khi điều này xảy ra, độc thoại của trẻ được nội quan hóa thành ngôn ngữ bên trong. Quá trình nội quan hóa ngôn ngữ này đóng vai trò rất quan trọng vì chúng thúc đẩy sự phát triển nhận thức. Do đó, Vygotsky cho rằng sự phát triển nhận thức bắt nguồn từ tương tác xã hội, từ học tập được định hướng trong vùng phát triển gần nhất khi trẻ cùng với cha mẹ cùng xây dựng kiến thức.

Quan điểm của Vygotsky có vai trò quan trọng trong công tác giáo dục nhằm phát triển nhận thức ở trẻ. Ông nhấn mạnh đến yếu tố xã hội và nhóm trong quá trình trẻ học tập và thực hiện nhiệm vụ bất kì. Ông cũng đề cao sự hướng dẫn của người lớn và sự hợp tác của bạn cùng trang lứa hơn là việc tự học. Lý thuyết của ông là cơ sở để xây dựng một mô hình học tập ở nhà trường cũng như ở nhà: hoạt động nhóm, hoạt động ngoại khóa, xây dựng môi trường kích thích trẻ học tập và trải nghiệm… Tuy nhiên, thuyết này không nhấn mạnh đến yếu tố trí tuệ cá nhân đối với sự hình thành kiến thức (như lý thuyết Piaget) mà chỉ nhấn mạnh quan hệ tương tác xã hội trong việc hình thành kiến thức cá nhân.

Tóm lại, khi nghiên cứu về ngôn ngữ của con người, các nhà khoa học đã đứng trên những khía cạnh và cách nhìn khác nhau.

Nếu thuyết của Chomsky nhìn nhận về ngôn ngữ là nhìn nhận về năng lực ngữ pháp, thuyết hành vi nói về ngôn ngữ thì đề cập đến khái niệm hành vi ngôn ngữ thì thuyết nhận thức và tương tác xã hội bàn về ngôn ngữ lại đề cập đến tư duy ngôn ngữ. Mỗi cách tiếp cận đều mang đến những đóng góp to lớn trong việc đánh giá và phát triển năng lực ngôn ngữ của trẻ, là cơ sở lý luận để các nhà sư phạm, các nhà tâm lí học, xã hội học nghiên cứu và phát triển hơn nữa vấn đề ngôn ngữ.

2.2.2..2. Các công cụ đánh giá năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ

Hiện nay có rất nhiều công cụ được thiết kế để đánh giá năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ như: Vinealand (Adaptive Behavior Scale), PLS (Preschool Language Scale), ASQ (Ages and Stages Questionnaire) PEDs (Parents' Evaluation of Developmental Status), PEP (Psychoeducational Profile)... Các thang đo này đều chia năng lực ngôn ngữ thành hai lĩnh vực là tiếp nhận và diễn đạt và có những tiêu chí khác nhau trong việc xác định năng lực của hai lĩnh vực này.

a. Vineland *(Adaptive Behavior Scale)*

Năm 1975, pháp luật Hoa Kỳ đưa ra những thiếu hụt về chức năng thích ứng trong Đạo luật "*Giáo dục cho Tất cả Trẻ Khuyết tật Trẻ em*", nhóm tác giả Sara Sparrow, David Balla, & Domenic Cicchetti thiết kế và phát triển thang Vineland Social Maturity Scale của tác giả Edgar Doll (1935 & 1965) thành thang Vineland Adaptive Behavior Scale (1984). Nhóm tác giả Sara Sparrow đã bổ sung vào thang đo của Edgar Doll những nội dung như giao tiếp, kỹ năng sống hằng ngày và tự lập. Trong đó, lĩnh vực giao tiếp được cấu thành từ ba lĩnh vực là ngôn ngữ tiếp nhận, ngôn ngữ diễn đạt và văn bản. Qua nhiều năm cải biên và chỉnh sửa, thang Vineland đã phát triển thành thang Vineland II (2005), Vineland III (2016). So với các phiên bản trước đó, Vineland III không có sự thay đổi về

những đặc điểm chính, chủ yếu là sự thay đổi về các hình thức khảo sát để thu được số liệu chính xác.

b. PLS (Preschool Language Scale)

Năm 1969, Zimmerman, Steiner và Pond đã soạn thảo bộ công cụ có tên là PLS. Đây là công cụ dùng để xác định một đứa trẻ chậm phát triển ngôn ngữ hay rối loạn ngôn ngữ, xác định một đứa trẻ có rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận hay ngôn ngữ diễn đạt hoặc là cả hai. Đồng thời, PLS cũng dùng xác định các kỹ năng ngôn ngữ tiếp nhận và diễn đạt trong các lĩnh vực chú ý, chơi, cử chỉ, phát triển vốn từ, giao tiếp xã hội, ngữ nghĩa, cấu trúc ngôn ngữ, kỹ năng ngôn ngữ tổng hợp và khả năng biết đọc biết viết. Qua nhiều năm cải biên và sửa đổi, từ PLS 1 (1969) đến PLS 2 (1979), PLS 3 (1992), PLS 4 (2002) và đến năm 2011, PLS 5 là bộ công cụ đã tương đối hoàn chỉnh và đang được sử dụng rộng rãi trên thế giới. PLS 5 dùng đánh giá ngôn ngữ từ trẻ sơ sinh đến 7 tuổi, 11 tháng tuổi.

c. ASQ (Ages and Stages Questionnaire)

Từ năm 1970, Tiến sỹ Diane Bricker thuộc trường đại học Oregon đã phát triển công cụ sàng lọc tự kỷ có tên gọi là ASQ là một công cụ sàng lọc phát triển nói chung, dựa trên đánh giá của bố mẹ. Đến năm 2009 bộ câu hỏi ASQ đã phát triển thành ASQ phiên bản 3 (ASQ - 3). Các lĩnh vực đánh giá ASQ bao gồm: Giao tiếp, vận động thô, vận động tinh, giải quyết vấn đề (nhận thức), cá nhân – xã hội: xem xét khả năng tự hỗ trợ và tương tác với những người khác, phần tổng hợp. Các lĩnh vực đánh giá bắt đầu từ 2 tháng tuổi đến 80 tháng tuổi và bao gồm 6 mục nhỏ trong mỗi lĩnh vực. ASQ cũng là công cụ để đánh giá năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ bao gồm năng lực tiếp nhận và diễn đạt. Cụ thể, để đánh giá năng lực ngôn ngữ của trẻ trong giai đoạn trẻ 36 tháng tuổi gồm 6 mục sau:

- Khả năng sử dụng ngón trỏ để chỉ các bộ phận cơ thể khi được yêu cầu

- Khả năng diễn đạt một câu gồm 3 đến 4 từ

- Khả năng hiểu hai mệnh lệnh cùng một lúc, ví dụ: *Mang cuốn sách đặt trên bàn, sau đó mang đôi giày đặt dưới ghế.*

- Khả năng trả lời các câu hỏi về hành động và nơi chốn khi nhìn vào những hình ảnh trong cuốn sách. Ví dụ: *Con chó đang làm gì? Cô bé này đang ở đâu?*

- Hiểu được khái niệm lên và xuống

- Nói được cả họ và tên khi được hỏi.

Các mục này sẽ được chấm điểm ở 3 mức: *có* (thể hiện trẻ có thể thực hiện được kỹ năng đó), *thỉnh thoảng* (thể hiện trẻ chỉ mới bắt đầu thực hiện được hành vi đó) và *không bao giờ* (thể hiện trẻ chưa bao giờ thực hiện được). Kết quả của bảng sàng lọc này sẽ đánh giá được khả năng phát triển của trẻ, chỉ ra điểm mạnh và yếu của trẻ để đưa ra phương pháp can thiệp phù hợp cho từng trẻ ở từng giai đoạn lứa tuổi khác nhau.

d. PEDS (Parents' Evaluation of Developmental Status)

Năm 1991, Glascoe đã phát triển một bộ công cụ dùng để sàng lọc là PEDS. Đây cũng là một công cụ sàng lọc chung, được thực hiện dưới dạng phỏng vấn phụ huynh, để sàng lọc những vấn đề về phát triển và hành vi cần những đánh giá sâu hơn. PEDS có thể được dùng ở trẻ từ lúc sinh cho đến 8 tuổi, có thể thực hiện trong vòng 2 phút. PEDS dùng để đo các lĩnh vực như vận động tinh, vận động thô, hành vi, cảm xúc xã hội, tính tự lực vấn đề trường học và năng lực ngôn ngữ gồm ngôn ngữ tiếp nhận và ngôn ngữ diễn đạt. Tùy theo từng độ tuổi sẽ có các chỉ số khác nhau để đo các lĩnh vực trên, theo đó, để đo năng lực ngôn ngữ tiếp nhận của một đứa trẻ 3 tuổi thì có các chỉ số sau:

- Chỉ vào từng phần của một bức tranh (cái mắt của con bò, bánh xe ô tô…)

- Hiểu các động từ như: chơi, thổi, nhảy…

- Gọi tên được các bộ phận của cơ thể khi người khác mô tả chức năng của chúng, (Ví dụ: Một bộ phận dùng để nghe).

- Hiểu nghĩa phủ định

- Diễn đạt chỉ lượng các nhóm đồ vật

- Hiểu được khái niệm dài và ngắn

Về ngôn ngữ diễn đạt, các chỉ số sau để đo năng lực của trẻ:

- Sử dụng thành thạo trên 200 từ

- Nói câu 3 từ trở lên

- Sử dụng chính xác các đại từ

- Biết dùng số nhiều

- Gọi tên chức năng các bộ phận khi được yêu cầu

Bảng sàng lọc sẽ đưa ra kết quả về những vấn đề phát triển của trẻ và những hành vi không mong muốn mà cha mẹ của trẻ quan tâm [40].

e. PEP 3 (Psychoeducational Profile - 3)

Năm 2004, Schopler và cộng sự đã phát triển bộ công cụ có tên gọi là PEP 3, đây là bộ công cụ dùng để đánh giá mức độ phát triển ở trẻ tự kỷ và các rối loạn khác liên quan. PEP 3 được tác giả và cộng sự cải biên từ PEP R năm 1990 và PEP 1979. PEP - 3 cung cấp các so sánh chuẩn để so sánh cho trẻ trong độ tuổi từ 2 đến 7 tuổi rưỡi. Nó cũng cung cấp độ tuổi phát triển tương đương cho trẻ em hoạt động từ 6 tháng đến 7 tuổi. Các thông tin thu được từ thang PEP 3 là từ hai mẫu thông tin bổ sung.

PEP 3 có tổng cộng 172 mục để đo các lĩnh vực trên, trong đó để đo lĩnh vực ngôn ngữ tiếp nhận, người ta sẽ sử dụng các mục như: Chỉ ba phần thân thể của con rối, chỉ ba phần thân thể của bản thân, chọn hình tròn, tam giác, vuông khi người khác làm test gọi tên, phân biệt hình thể lớn - nhỏ, đưa 3 vật cho người làm test khi được yêu cầu, nhận biết được tên của 3 vật thông thường khi

được gọi tên, xác định đúng được bảng chữ cái khi được bạn gọi tên, thi hành lệnh gồm hai phía, đưa hai khối và sáu khối cho người đánh giá khi được bảo, chỉ 5 màu khi gọi tên, minh họa việc hiểu biết sự khác biệt trong các đại từ chỉ định, theo 4 chỉ thị gồm 1 đến 2 bước, kiên định đáp ứng với cử chỉ, ngưng hoạt động với tiếng *"không"* hay *"ngừng lại",* ngưng hoạt động khi được gọi tên, hiệu lệnh đơn giản "*Đến đây!"*, minh họa ý nghĩa cũa 3 từ chỉ hành động, đáp ứng với câu hỏi Wh.

Để đo lĩnh vực ngôn ngữ diễn đạt, người ta sử dụng các mục sau: Câu chuyện hai chiều với hai con rối, gọi tên hình tròn, vuông và tam giác, nói tên hình thể lớn và nhỏ, nói tên 5 đồ vật, gọi đúng 14 trong 20 hình, gọi đúng 9 chữ cái, nói một câu có 4 - 5 từ, đọc đúng các số từ 1 đến 10, đọc 3 từ, đọc đúng một câu ngắn, đọc một đoạn không phạm quá 3 lỗi, đọc một đoạn và trả lời đúng hai câu hỏi về hiểu biết, đọc câu từ trích đoạn và thi hành những chỉ thị, đếm từ 2 đến 7 khối, đếm lớn tiếng từ 1 đến 10, nói tên 5 màu, yêu cầu được thức ăn hoặc nước uống, nói hai từ số nhiều, nói một đại từ, nói hai cụm với hai từ, tự nói tên khi được bảo, nói giới tính khi được hỏi, dùng đúng đại từ, dùng từ hay cử chỉ để xin giúp đỡ, dùng cú pháp theo tuổi.

Mỗi mục sẽ được chấm điểm ở 3 mức độ: 2 điểm (trẻ làm được hoàn toàn), 1 điểm (trẻ làm được có trợ giúp), 0 điểm (trẻ chưa làm được). Tổng cộng các điểm ở các mục trên sẽ cho ra điểm thô của từng lĩnh vực. Thang PEP không chỉ dùng để xác định tuổi phát triển của trẻ mà còn cho biết sự thiếu hụt của trẻ ở mức độ nào ở từng lĩnh vực. Các mức độ thiếu hụt gồm: thiếu hụt nhẹ, trung bình, nặng. Căn cứ vào kết quả này, các nhà chuyên môn sẽ đưa ra kế hoạch can thiệp cho trẻ phù hợp [51].

2.2.2..3. Các phương pháp can thiệp ngôn ngữ trẻ tự kỷ

Hiện nay, có rất nhiều phương pháp được sử dụng để can thiệp ngôn ngữ cho trẻ tự kỷ như: phương pháp phân tích hành vi

ứng dụng (ABA), phương pháp dạy giao tiếp qua tranh ảnh (PECS), phương pháp trị liệu và giáo dục trẻ tự kỷ - trẻ khó khăn giao tiếp (TEACCH), phương pháp hơn cả lời nói (More Than Word)... Mỗi phương pháp đều có những điểm mạnh và yếu khác nhau nhưng đều có chung một mục đích là phát triển ngôn ngữ trẻ tự kỷ, cải thiện khả năng giao tiếp của trẻ tự kỷ.

a. Phương pháp phân tích hành vi ứng dụng (ABA)

Trong khoảng đầu thập niên 70, Tiến Sỹ Ole Ivar Lovaas (1927 - 2010) - một chuyên gia tâm lí thuộc trường phái Skinner, là người đầu tiên khởi xướng phương pháp phân tích và trị liệu hành vi cho trẻ tự kỷ tại Đại Học California, Los Angeles. Tiến trình để can thiệp hành vi bao gồm các bước theo tuần tự sau:

A: Đưa ra một chỉ dẫn rõ ràng, hỗ trợ chỉ dẫn như là nhắc nhở hoặc thực hiện cho trẻ nhìn thấy và sử dụng tài liệu phù hợp với mức độ của trẻ đó.

B: Đạt được sự đáp trả đúng.

C: Đưa ra sự củng cố tích cực (kết quả này nhằm hướng trẻ lặp lại hành vi trong tương lai).

ABA cũng tập trung vào cải thiện ngôn ngữ của trẻ tự kỷ thông qua các bài tập như quan sát, nhận biết, bắt chước, nói theo, yêu cầu, gọi tên, hội thoại liên tưởng, ngôn ngữ tự phát, cú pháp và ngữ pháp, vui chơi, tương tác xã hội, học nhóm, tuân theo nề nếp lớp... Sau một quá trình can thiệp, ABA sẽ được đánh giá lại bằng thang ABLLS (Bảng đánh giá kỹ năng ngôn ngữ và kỹ năng học cơ bản) [38].

Phương pháp ABA cũng có thể loại bỏ được những hành vi tiêu cực và củng cố những hành vi tích cực của trẻ, giúp trẻ tự kỷ có thể ứng xử phù hợp hơn với cuộc sống. Phương pháp ABA đã được Lovaas khuyến cáo sử dụng cho trẻ tự kỷ từ 2 - 8 tuổi với mục tiêu dạy trẻ càng sớm càng tốt nhằm đảm bảo rằng các hành vi xã hội phù hợp được dạy ở lứa tuổi nhỏ. Lovaas cũng nhấn mạnh

sự tham gia của gia đình trong việc áp dụng ABA. Những kỹ năng trẻ được học ở trường, trung tâm cần được tiếp tục củng cố tại gia đình. Sự khuyến khích động viên, hợp tác là một điều rất quan trọng của việc sử dụng phương pháp ABA. Mỗi trẻ tự kỷ khác nhau có sự đam mê và sở thích khác nhau do vậy việc vận dụng phương pháp ABA cần linh hoạt và sáng tạo [57].

Tuy nhiên, phương pháp ABA có hạn chế là nó mang tính máy móc, kiến thức trẻ học được ít có tính bền vững, tập trung vào việc dạy ngôn ngữ, hành vi và nhận thức, ít quan tâm đến việc dạy xúc cảm, tình cảm của trẻ.

b. Phương pháp trị liệu và giáo dục trẻ tự kỷ - trẻ khó khăn giao tiếp (TEACCH)

TEACCH: Là chữ viết tắt của Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children. Đây là phương pháp giáo dục hướng dẫn trẻ tự kỷ kỹ năng sống tự lập, hòa nhập khi trưởng thành và rèn luyện khả năng sử dụng ngôn ngữ để giao tiếp. Phương pháp này được chuyên gia Eric Schopler và cộng sự khởi xướng vào năm 1972, tại Đại Học Y Khoa North Carolina ở Chapel Hill, Hoa Kỳ.

Các chuyên gia TEACCH cho rằng trẻ tự kỷ thu thập thông tin hiệu quả bằng mắt chứ không bằng tai nghe. Vì vậy, chuyên gia TEACCH thường dùng hình ảnh để hướng dẫn trẻ tự kỷ sinh hoạt đúng theo thời khóa biểu để tạo nên thói quen về mặt sinh hoạt, học tập, cũng như biểu hiện những hành vi thích hợp và tích cực. Nội dung của phương pháp TEACCH tập trung vào các kỹ năng như: bắt chước, nhận thức, vận động tinh, vận động thô, tư duy, tự lập, phối hợp tay mắt, quan hệ xã hội và ngôn ngữ. Trong đó, lĩnh vực ngôn ngữ tập trung vào các bài tập từ thấp (0 - 1 tuổi) đến cao (5 - 16 tuổi) như: phát âm, bắt chước âm thanh, gọi tên đồ vật, con vật, các thành viên gia đình thông qua hình ảnh, tập hát, tập "*xin*", diễn tả nhu cầu và ước muốn, bài tập chọn lựa, nhận biết

đồ vật của các bạn trong lớp, hiểu câu hỏi và trả lời "*dạ không",* đặt câu hỏi, phân biệt các cặp đối nghĩa, trình bày ý của người này cho người khác, gọi tên hình dạng - màu sắc, kể chuyện, gọi tên những ngày trong tuần, nhận biết hôm nay, ngày mai, hôm qua... Các khả năng học hỏi ngôn ngữ của trẻ sẽ được đánh giá lại bằng thang PEP [19].

Hạn chế là chương trình can thiệp tiến triển chậm chạp, quá cấu trúc đối với trẻ, làm hạn chế sự ra quyết định và sự sáng tạo của trẻ mặc dù sự linh hoạt có thể được khuyến khích trong khuôn khổ và những trẻ bị nặng, không chịu hợp tác thì rất khó can thiệp.

c. Phương pháp dạy giao tiếp thông qua tranh ảnh (PECS)

Năm 1994, hai tác giả Andy Bondy và Lori Frost đã sử dụng tranh ảnh để dạy trẻ giao tiếp và phát triển phương pháp dạy giao tiếp thông qua tranh ảnh, gọi là PECS. PECS là chữ viết tắt của Picture Exchange Communication System [33]. Đây là phương pháp để phát triển giao tiếp xã hội cho trẻ tự kỷ, đã được phổ biến và sử dụng nhiều nơi trên thế giới. Những chuyên gia về ngôn ngữ này cho rằng trẻ tự kỷ thường có lối suy nghĩ qua hình ảnh, và vì vậy, trẻ tự kỷ có khả năng học bằng mắt hơn bằng tai nghe. Các kết quả nghiên cứu cho thấy PECS có hiệu quả trong cải thiện việc học từ/ ngôn ngữ ngắn hạn của trẻ tự kỷ. Với việc sử dụng tranh ảnh để dạy trẻ trẻ giao tiếp, đây là phương pháp thực tế và hấp dẫn trẻ, cho hiệu quả cao trong giao tiếp và phát triển nhận thức. Trong PECS, ngôn ngữ lời nói được thay thế bằng việc sử dụng thẻ cho hình ảnh giao tiếp. Khi trẻ tự kỷ chưa có ngôn ngữ hoặc ngôn ngữ bị hạn chế, hình ảnh sẽ giúp trẻ yêu cầu người khác và thực hiện theo yêu cầu của người khác. Hình ảnh lúc này là trung gian để truyền tải thông tin diễn ra mối quan hệ tương tác giữa trẻ tự kỷ và người lớn [33].

Nghiên cứu của Yoder (2010) và Pasco (2011) đều nhận thấy với vai trò của PECS, trẻ tự kỷ đã có tiến bộ rõ rệt trong ngôn ngữ không dùng lời. Phương pháp PECS sẽ giúp trẻ có được kỹ năng xác định hình ảnh là một trong những kỹ năng của hành vi ngôn ngữ [dẫn theo 22].

Hạn chế của phương pháp này là không có khả năng đứng độc lập và phải phối hợp với các phương pháp khác. Một số chuyên gia tự kỷ cho rằng PECS chỉ có hiệu quả đối với trẻ tự kỷ chưa biết sử dụng ngôn từ có chủ đích hay khả năng ngôn ngữ đang ở mức độ phát triển chậm, hoặc trẻ chưa thể nói được. Do đó, nhiều phụ huynh không muốn con mình học tập theo phương pháp này. Họ sợ trẻ sẽ trở nên lười nói, chỉ muốn sử dụng hình ảnh hay nhấn nút để truyền đạt ý muốn. Do đó, PESC chỉ là một trong những phương pháp khởi đầu mà thôi. Khi sử dụng PECS phải phối hợp với các phương pháp trị liệu khác.

d. Phương pháp More Than Word (Hơn cả lời nói)

Năm 1999 Fern Sussman – chuyên gia về ngôn ngữ đã thiết kế chương trình này dựa trên cuốn tài liệu *"Phát triển ngôn ngữ và kỹ năng xã hội ở trẻ nhỏ"* của Elaine Weitzman năm 1992. Phương pháp tiếp cận của More Than Words tập trung vào can thiệp sớm về ngôn ngữ dựa trên học thuyết ngôn ngữ xã hội và đáp ứng của cha mẹ với trẻ (the Social Learning and Responsive Approach) gồm những đặc điểm sau: 1) Cho phép trẻ khởi xướng giao tiếp; 2) Theo sự dẫn dắt của trẻ và tương tác để giao tiếp với trẻ: giúp trẻ giao tiếp dựa trên sự quan tâm và động lực của trẻ 3) Đối xử với trẻ khi trẻ giao tiếp như thể là trẻ đang đưa ra các thông tin có ý nghĩa (ngay cả khi điều trẻ thể hiện không có ý nghĩa hoặc cha mẹ không hiểu những điều trẻ "*nói*") và đáp ứng với trẻ mặc dù giao tiếp của trẻ có khác biệt; 4) Sử dụng các tình huống tự nhiên xảy ra hàng ngày để làm bối cảnh cho trẻ học giao tiếp. Do đó giao tiếp là nói về những điều có ý nghĩa trong đời thực; 5) Sử dụng các cấu trúc và sự lặp lại theo cách tự nhiên, có thể dự đoán được trong

các hoạt động hàng ngày giúp trẻ học hỏi dễ dàng hơn; 6) Sử dụng công cụ hỗ trợ thị giác như tranh, ảnh, chữ viết để giúp trẻ hiểu những điều người khác nói cũng như để trẻ bày tỏ bản thân; 7) Tạo ra một môi trường khuyến khích trẻ giao tiếp [58].

Năm 2005 Mc Conachie và cộng sự đã nghiên cứu 51 trẻ tuổi từ 24 đến 48 tháng tuổi chia thành 2 nhóm, một nhóm áp dụng "*More than Word"* và một nhóm không.

Kết quả cho thấy nhóm trẻ áp dụng phương pháp "*Hơn cả lời nói‖* đã tăng rõ rệt khả năng đáp ứng với cha mẹ và tăng vốn từ [46].

Tóm lại, để can thiệp ngôn ngữ cho trẻ tự kỷ, có rất nhiều phương pháp khác nhau, mỗi phương pháp đều có những ưu và nhược điểm của nó và tùy theo mỗi trẻ sẽ lựa chọn các phương pháp trị liệu sao cho phù hợp. Tuy nhiên, mỗi phương pháp không áp dụng độc lập mà cần có sự hỗ trợ, phối hợp của các phương pháp khác nhau thì hiệu quả can thiệp sẽ cao hơn, các nhà trị liệu thường lấy cái hay, cái đẹp của phương pháp này và kết hợp với cái hay, cái đẹp của phương pháp khác để đem lại hiệu ứng tích cực. Đó là sự trộn lẫn một chút phương pháp TEACCH của Eric Schopler, một chút ABA của Lovaas, và một chút PECS của Bondy. Ví dụ, một chuyên gia ABA có thể kết hợp phương pháp ngồi sàn (floortime), hình ảnh của PECS, thời khóa biểu của TEACCH, và những phương pháp trị liệu khác về ngôn ngữ để dạy trẻ tự kỷ biết giao tiếp xã hội, trao đổi cảm xúc và ngôn ngữ hai chiều.

2.2.2. Lịch sử nghiên cứu năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ ở Việt Nam

Ở nước ta, hội chứng tự kỷ chỉ được quan tâm khoảng hai chục năm trở lại đây, trước đó chỉ nói đến một cách lý thuyết, chưa thực sự đi sâu vào nghiên cứu và trị liệu. Các nghiên cứu về năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ cũng vậy, đa phần chỉ được nói đến một cách chung chung, mãi đến thế kỉ XXI, các khoa tâm thần của

một số bệnh viện trên toàn quốc bắt đầu có những báo cáo và nghiên cứu về năng lực ngôn ngữ của trẻ tự kỷ như: nghiên cứu về công cụ đánh giá, nghiên cứu về đặc điểm ngôn ngữ và nghiên cứu về các phương pháp can thiệp ngôn ngữ của trẻ tự kỷ.

2.2.2.1. Nghiên cứu công cụ đánh giá năng lực ngôn ngữ trẻ tự kỷ

Năm 2011, tác giả Lê Thị Minh Hà với đề tài *"ASQ - bộ công cụ sàng lọc, phát hiện và can thiệp sớm trẻ có nhu cầu giáo dục đặc biệt"* đã làm rõ những nội dung chính, mục tiêu và cách sử dụng của thang đo. Đây là thang đo theo dõi sự phát triển của trẻ trên 5 lĩnh vực, bao gồm cả ngôn ngữ tiếp nhận và diễn đạt trong lĩnh vực giao tiếp, từ đó phát hiện các điểm mạnh cũng như lĩnh vực mà trẻ cần hỗ trợ. Thang đo đã được thực hiện rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới. Ở Việt Nam, để đo năng lực ngôn ngữ ở trẻ tự kỷ, thì đây là một trong số những bộ công cụ hữu ích được tác giả nghiên cứu và đem vào sử dụng, đóng góp thêm một công cụ hữu hiệu trong việc sàng lọc, phát hiện và can thiệp sớm cho trẻ có nhu cầu đặc biệt tại Việt Nam [9].

Năm 2014, tác giả Nguyễn Thị Thanh trong đề tài *"Biện pháp phát triển kỹ năng giao tiếp cho trẻ tự kỷ 3 - 4 tuổi"* đã thiết kế 5 tiêu chí để đánh giá kỹ năng giao tiếp của trẻ. Trong đó, kỹ năng hiểu ngôn ngữ và diễn đạt ngôn ngữ, tác giả sử dụng 5 tiêu chí và đánh giá từng chỉ số theo 3 mức độ: 0 điểm (trẻ không thực hiện được), 1 điểm (trẻ thực hiện được nhờ trợ giúp), 2 điểm (trẻ tự thực hiện). Điểm tối đa của 2 tiêu chí này là 10 điểm. Các tiêu chí đo kỹ năng hiểu ngôn ngữ như sau:

+ Hiểu chỉ dẫn bằng lời kết hợp với cử chỉ, hành động.

+ Hiểu được những chỉ dẫn bằng lời nói

+ Hiểu tranh, đồ vật và chỉ vào tranh, đồ vật khi được nêu tên

+ Hiểu được các cử chỉ thể hiện cảm xúc

+ Hiểu tình huống chơi giả vờ đơn giản.

Các tiêu chí đo kỹ năng diễn đạt ngôn ngữ của trẻ 3 - 4 tuổi như sau:

+ Đáp ứng với người lớn bằng cách nhìn mặt và quay theo tiếng động.

+ Sử dụng cử chỉ/lời nói/hành động để yêu cầu/từ chối

+ Sử dụng cử chỉ/lời nói/hành động để đưa ra thông tin/ trả lời câu hỏi

+ Sử dụng cử chỉ/lời nói/hành động để thu hút sự chú ý, duy trì giao tiếp.

Các tiêu chí này có vai trò quan trọng trong việc đánh giá kỹ năng hiểu ngôn ngữ và diễn đạt ngôn ngữ ở trẻ tự kỷ từ 3 - 4 tuổi, để từ đó đánh giá được mức độ giao tiếp của trẻ tự kỷ [18].

Năm 2015, tác giả Đào Thu Thủy trong luận án tiến sỹ đã thiết kế một thang đo để đánh giá hành vi ngôn ngữ của trẻ tự kỷ từ 3 đến 6 tuổi. Thang đo được thiết kế dựa trên các nguồn tài liệu liên quan đến sự phát triển hành vi ngôn ngữ trẻ tự kỷ như: ABLS (thang đánh giá khả năng học tập và ngôn ngữ) của James W. Partington và Mark L. Sundberg, 8 tập sách Small Step của Moira Pieterse, Robin Treloar và Sue Cairns, 100 bài tập dạy trẻ tự kỷ trong cuốn can thiệp hành vi trẻ tự kỷ. Phiếu đánh giá hành vi ngôn ngữ được thiết kế để đo 7 yếu tố: yêu cầu bằng ngôn ngữ, bắt chước ngôn ngữ, ghi nhớ hình ảnh ngôn ngữ, hành vi ngôn ngữ biểu hiện thông qua thị giác, hiểu ngôn ngữ, nối tiếp lời nói và diễn đạt ngôn ngữ. Mỗi yếu tố đều được đánh giá theo điểm số từ 1 đến 4 tương ứng với từ "*không biết*" đến "*chủ động*" và căn cứ vào các dạng bài tập khác nhau.

Trong đó, ở lĩnh vực hiểu ngôn ngữ, tác giả đưa ra các bài tập để đo bao gồm:

+ Thực hiện theo yêu cầu của người khác: thực hiện một mệnh lệnh với một nhiệm vụ, thực hiện một mệnh lệnh với hai nhiệm vụ, thực hiện một mệnh lệnh với hai nhiệm vụ không liên

quan, thực hiện một mệnh lệnh với ba nhiệm vụ liên quan, hiểu câu hỏi: Ai? Cái gì? Đâu?

+ Hiểu và trả lời các thông tin cá nhân: con tên gì, con mấy tuổi, con là nam hay nữ, địa chỉ nhà, con học lớp nào, trường nào.

+ Thực hiện một số nề nếp lớp học: chào cô khi đến trường, cất giày dép đúng nơi qui định, biết xếp hàng, ngồi đúng chỗ, đi vệ sinh đúng nơi qui định, làm theo hướng dẫn của cô.

+ Khả năng học toán: đếm vẹt từ 1 - 10, đếm số lượng từ 1 -10 tương ứng, nhận biết các số từ 1 - 10, phân biệt lớn, nhỏ, thêm bớt trong phạm vi 5, thêm bớt trong phạm vi 10.

Ỡ lĩnh vực diễn đạt ngôn ngữ, các bài tập được tác giá lựa chọn là:

+ Bộc lộ cảm xúc trong cuộc sống hằng ngày: vui, buồn, giận dữ, lo lắng, ngạc nhiên...

+ Chơi tượng trưng: Giả bộ cảm xúc, giả bộ chơi với đồ vật, giả bộ hoạt động, chơi giả vờ một mình, chơi đóng vai, chơi chung...

+ Diễn đạt ngôn ngữ bằng lời: từ đơn, câu hai từ, sử dụng trạng ngữ trong câu, câu có đầy đủ thành phần trạng ngữ, tính từ hoặc động từ, sử dụng mẫu câu "*Nếu... thì*", sử dụng mẫu câu "*tại vì... cho nên...*".

+ Diễn đạt sự việc: kể lại món ăn trong bữa ăn, kể lại các hoạt động trong làm, nêu lại tên nhân vật trong truyện ngắn, kể lại hoạt động vừa xảy ra, kể lại câu chuyện ngắn tầm 5 - 7 câu, kể lại một sự việc xảy ra trong quá khứ [22].

Thang đo có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá hành vi ngôn ngữ của trẻ tự kỷ từ 3 - 6 tuổi, thông qua thang đo, người đánh giá có thể biết được tình trạng ngôn ngữ của trẻ hiện tại, biết được trẻ cần và thiếu những tiêu chí nào để bổ sung vào chương trình can thiệp ngôn ngữ của trẻ, giúp trẻ phát triển toàn diện hơn.

2.2.2.2. Nghiên cứu đặc điểm ngôn ngữ của trẻ tự kỷ

Năm 2007, tác giả Vũ Thị Bích Hạnh trong tác phẩm *"Tự kỷ - phát hiện sớm và can thiệp"* đã phân tích và trình bày các đặc điểm ngôn ngữ của trẻ tự kỷ ở hai mặt là hiểu ngôn ngữ và thể hiện ngôn ngữ thông qua ba mức độ tự kỷ là nhẹ, vừa, nặng. Ở trẻ tự kỷ mức độ nhẹ, trẻ có thể hiểu và thực hiện được vài ba mệnh lệnh liên tiếp, hiểu và mô tả được những từ mô tả tính trạng, so sánh vật, sự việc. Trẻ có thể phát hiện được những tranh hoặc những điểm giống nhau, khác nhau của bức tranh và gọi tên chúng. Trẻ hiểu và trả lời được câu hỏi cái gì, ở đâu, làm gì, như thế nào. Tuy nhiên, câu hỏi tại sao thì trẻ chỉ trả lời được trong những tình huống thường gặp vì trẻ khó kết nối các thông tin và thiếu khả năng khái quát, ngôn ngữ còn nhiều hạn chế. Ở trẻ tự kỷ mức độ vừa, trẻ nhận biết và gọi tên được các thành viên trong gia đình, các đồ vật xung quanh, các bộ phận cơ thể, trẻ hiểu và mô tả được một số từ mô tả trạng thái. Trẻ xác định được các vị trí khi xem tranh nếu được hỏi. Trẻ có thể nói câu gồm 2 - 3 từ, trẻ cũng biết hỏi cái gì, của ai, đang làm gì. Trẻ ở mức độ nặng, khả năng biểu đạt của trẻ hạn chế, trẻ thường thể hiện nhu cầu của mình bằng việc cầm tay người khác đặt vào vật, phát âm của trẻ chưa rõ ràng, âm sắc cao và ngữ điệu đều [11]. Cuốn sách này có vai trò quan trọng trong việc cung cấp các thông tin về đặc điểm ngôn ngữ của trẻ tự kỷ, để từ đó hiểu trẻ hơn, là cơ sở quan trọng trong việc thiết kế các bài tập phù hợp với trẻ, hạn chế các khiếm khuyết về ngôn ngữ.

Năm 2009, trong luận án tiến sỹ, tác giả Ngô Xuân Điệp đã tiến hành khảo sát, phân tích và đưa ra các đặc điểm về nhận thức của trẻ tự kỷ: khả năng nhận thức môi trường tự nhiên, khả năng nhận thức mối quan hệ xã hội, nhận thức thể hiện qua cảm nhận, qua khả năng tưởng tượng và khả năng ngôn ngữ của trẻ tự kỷ. Khi so sánh giữa khả năng kể chuyện và khả năng nghe hiểu ngôn ngữ của trẻ tự kỷ, tác giả nhận thấy rằng: trẻ tự kỷ gặp hạn chế trong khả năng diễn đạt ngôn ngữ hơn là khả năng hiểu ngôn ngữ. Ngoài

ra, khả năng gọi tên sự vật là khả năng trẻ nhận biết và gọi tên đúng danh từ của đồ vật, khả năng này có tới 72,7% trẻ tự kỷ chưa bằng trẻ bình thường 2,5 tuổi. Khi so sánh khả năng gọi tên sự vật của trẻ bình thường, tác giả thấy có một sự khác nhau rõ ràng giữa hai nhóm: Ở mức độ nhận thức rất kém, khi không có trẻ bình thường nào rơi vào thì trẻ tự kỷ có tới 72,1%. Ở mức độ nhận thức rất tốt khi trẻ bình thường có tới 58,8% thì ở trẻ tự kỷ chỉ có 1,9%. Như vậy, khả năng gọi tên sự vật ở trẻ tự kỷ hạn chế nhiều so với trẻ bình thường cùng tuổi [5].

Năm 2014, tác giả Nguyễn Thị Thanh trong luận án của mình đã thực hiện việc đánh giá và đo lường kỹ năng ngôn ngữ của 30 trẻ tự kỷ từ 3 - 4 tuổi ở các mức độ nặng, vừa, nhẹ tại các trường mầm non trên địa bàn Hà Nội. Thông qua công cụ đánh giá của mình, tác giả đã thu được kết quả như sau:

+ Ở kỹ năng nghe hiểu ngôn ngữ: trẻ tự kỷ nghe và hiểu được một số mệnh lệnh đơn giản trong quá trình giao tiếp với cô giáo và các bạn. Trong tổng số 30 trẻ được đánh giá, có 10 trẻ được đánh giá là 0 điểm chiếm 33,3% và 2 trẻ đạt 7 điểm chiếm 6,7%, điểm tập trung trong khoảng từ 0 - 7 điểm (điểm tối đa là 10 điểm).

+ Ở kỹ năng sử dụng ngôn ngữ: điểm tập trung trong khoảng từ 0 đến 9 điểm (điểm tối đa ở kỹ năng này là 10), 1 trẻ đạt 9 điểm chiếm 3,3% và 9 trẻ đạt 0 điểm chiếm 30%. Cho thấy, trẻ tự kỷ đã biết sử dụng ngôn ngữ như là một phương tiện để vận dụng vào trong quá trình giao tiếp nhưng kết quả đạt được trên mặt bằng chung còn rất thấp [5].

Kết quả khảo sát đặc điểm ngôn ngữ này của trẻ tự kỷ có ý nghĩa quan trọng trong công tác nghiên cứu và giáo dục, là cơ sở để các nhà giáo dục đề ra các phương pháp, các bài tập nhằm cải thiện kỹ năng ngôn ngữ của trẻ tự kỷ.

2.2.2.3. Nghiên cứu phương pháp can thiệp ngôn ngữ trẻ tự kỷ

Vũ Thị Bích Hạnh là một trong số những tác giả đầu tiên quan tâm và nghiên cứu về phương pháp dạy trẻ tự kỷ, đặc biệt là phương pháp trị liệu âm ngữ. Năm 2004, tác giả đã xuất bản cuốn sách *"Hướng dẫn thực hành âm ngữ trị liệu"*. Nội dung cuốn sách tập trung vào các thông tin cơ bản thuộc lĩnh vực các khó khăn về giao tiếp và cách xử lý chúng, cụ thể như: chức năng nghe và phục hồi chức năng cho người bị nghe kém, bệnh lý về cấu âm, âm vị học và phục hồi chức năng lời nói cho người bị khe hở môi và vòm miệng, các bệnh nói khó, nói lắp và cách xử lý chúng. Đồng thời, cuốn sách cũng làm rõ các khái niệm về chức năng giao tiếp, các mốc phát triển ngôn ngữ của trẻ bình thường và các kỹ thuật phát triển giao tiếp ở trẻ em như cách luyện âm, cách phát âm, kết nối từ... Đây là cuốn tài liệu đầu tiên tại Việt Nam dùng đào tạo cán bộ âm ngữ trị liệu cho các cơ sở chuyên ngành Phục hồi chức năng cũng như cán bộ giáo dục [11].

Năm 2008, tác giả Đào Thu Thủy với đề tài "*Xây dựng bài tập phát triển giao tiếp tổng thể cho trẻ Tự kỷ tuổi mầm non"* đã đề xuất các bài tập phát triển giao tiếp cho trẻ tự kỷ tuổi mầm non trong độ tuổi mầm non (24 – 36 tháng tuổi) theo cấu trúc sau:

- Mục đích: sau mỗi bài tập trẻ đạt được một mức độ kỹ năng cụ thể;

- Chuẩn bị: các đồ dùng, đồ chơi, phương tiện dạy học;

- Cách hướng dẫn: đưa ra những gợi ý để tiến hành thực hiện bài tập;

- Đánh giá: đưa ra các tiêu chí đánh giá hiệu quả của bài tập.

Với cấu trúc này, tác giả đã đề xuất các bài tập theo 5 chủ đề: 1) Chủ đề bản thân: trong chủ đề này, tác giả thiết kế các bài tập giúp trẻ có những hiểu biết về một số bộ phận cơ thể; biết chào hỏi, tạm biệt đúng ngữ cảnh; biết đáp ứng phù hợp với các từ chỉ hành động; biết thể hiện nhu cầu mong muốn của mình và biết làm theo chỉ dẫn của người khác. 2) Chủ đề gia đình: gồm các bài

tập hướng dẫn trẻ nhận biết người thân, những hành động những người thân đang thực hiện trong cuộc sống gia đình như: giặt giũ, đọc báo, nấu nướng... 3) Chủ đề về đồ dùng - đồ chơi: là các bài tập hướng dẫn trẻ nhận biết các đồ dùng, đồ chơi trong gia đình, phân biệt được màu sắc: xanh - đỏ, các hình dạng: tròn – vuông... 4) Chủ đề về thế giới tự nhiên: bao gồm các bài tập làm quen, nhận biết tên gọi một số con vật, một số loại quả thường gặp; 5) Chủ đề các phương tiện giao thông: hướng dẫn trẻ biết tên gọi của một số phương tiện giao thông: xe đạp, ôtô, xe máy. Các bài tập trong mỗi chủ đề được thiết kế theo hướng tiếp cận giao tiếp tổng thể [21]. Tác giả đã tiến hành thử nghiệm để đánh giá hiệu quả. Kết quả thử nghiệm: trong 23 giáo viên tham gia sử dụng thì có 15 giáo viên cho là các bài tập có hiệu quả tốt và 08 giáo viên cho là bình thường.

Một nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Thọ về *"Ứng dụng âm nhạc trong trị liệu cho trẻ tự kỷ"*, đã đem lại những thành tựu to lớn trong lĩnh vực ngôn ngữ. Theo tác giả *"âm nhạc là một kích thích hấp dẫn đặc biệt với trẻ tự kỷ nên trẻ có thể tham gia rất tốt các hoạt động âm nhạc, điều đó đóng góp cho hiệu quả của trị liệu âm nhạc".* Với phương pháp này, người ta sử dụng những kỹ thuật như: 1) Các bài tập xướng âm: Hát cá nhân. Kết hợp giữa những nguyên âm và phụ âm với sự chuyển điệu thích hợp, có sự hỗ trợ nhịp thở; 2) Hát và hát nói (chanting): Hát kiểu Thánh ca, hát nhịp đều đều, tụng kinh, đồng giao...; 3) Vận động: Múa, vận động sáng tạo, luyện tập nhịp điệu và các kỹ thuật bắt chước; 4) Những trò chơi âm nhạc; 5) Thao tác trên nhạc cụ: Sử dụng các kỹ thuật bắt chước hoặc ứng tác. Có thể là hình thức hoạt động nhóm hoặc một trẻ với một nhà trị liệu; 6) Nghe âm nhạc [20].

Với những kỹ thuật này, phương pháp đã đem lại những tiến bộ rõ rệt trong lĩnh vực ngôn ngữ như sau: trẻ bắt đầu thiết lập ý định giao tiếp; bắt đầu tương tác bài hát với hành động, cụ thể là khi trẻ đã hiểu những ý định giao tiếp, đã đáp ứng giao tiếp, trẻ

tập những bài hát hay những bài đồng giao có sự hòa hợp giữa hát, nhịp và đập nhịp cơ thể; phát triển cơ miệng, cụ thể là khi chơi những nhạc cụ gió, trẻ được tập thao tác những bài tập bắt chước – vận động miệng giúp phát âm rõ ràng; trị liệu âm nhạc cũng giúp trẻ hình thành ngữ điệu tốt hơn, trẻ nói trôi chảy và biết chỉnh sửa ngữ điệu [20].

Tóm lại, vấn đề ngôn ngữ của trẻ tự kỷ được các nhà khoa học quan tâm, nghiên cứu ở nhiều mặt, nhiều lứa tuổi khác nhau. Có nghiên cứu về công cụ chẩn đoán ngôn ngữ, có nghiên cứu lại miêu tả đặc điểm ngôn ngữ trẻ, những khiếm khuyết ngôn ngữ mà trẻ tự kỷ đang gặp phải, cũng có nhiều nghiên cứu về các phương pháp trị liệu để can thiệp ngôn ngữ cho trẻ tự kỷ. Tất cả các nghiên cứu đều có ý nghĩa to lớn trong lý luận và thực tiễn. Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu cụ thể nào chuyên sâu về mô tả đặc điểm ngôn ngữ của trẻ tự kỷ ở hai mặt tiếp nhận và diễn đạt ngôn ngữ, chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu về mối tương quan của ngôn ngữ với các yếu tố khác như mức độ tự kỷ hay mức độ phát triển tâm vận động.

III. CƠ SỞ LÝ THUYẾT

3.1. Vấn đề nghiên cứu về trẻ có rối loạn phổ tự kỉ

Trong các nghiên cứu mới nhất về trẻ có RLPTK được công bố trên website: Autism speaks, 2012 thì vào tháng 3 năm 2012, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh (CDC) đã điều chỉnh tỷ lệ trẻ có RLPTK ở Hoa Kỳ với con số mới là 1 trẻ có RLPTK/88 trẻ em. Điều này cho thấy sự gia tăng 23% so với ước tính trước đó của CDC là 1/110 trẻ em, được báo cáo trong năm 2009. Con số này tăng lên 78% so với ước tính năm 2007 của CDC là 1/150. Theo các ước tính trước đó, con số cập nhật vẫn cho thấy tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái vẫn còn rất cao 1/54 trẻ trai, so với 1/252 trẻ gái. Trong nghiên cứu năm 2014 của Newschaffer C.J., Croen L.A., Daniels J. thì tỷ lệ trẻ

RLPTK xét theo giới tính giữa nam và nữ là 4,3 : 1 (Newschaffer C.J., Croen L.A., Daniels J, 2014) [98].

Theo số liệu thống kê của Cục thống kê Trung ương thì ở Nga tỷ lệ trung bình trẻ RLPTK năm 1999 là 26/10.000 (Башина В.М, 1999). Năm 2012, Hội nghị "Tự kỷ, các sự hỗ trợ nền tảng" đã thống kê có khoảng 1% dân số của trẻ em Nga, và điều này tương ứng với thống kê thế giới về tỷ lệ khuyết tật phát triển này. Tuy nhiên, theo dữ liệu tổng hợp nhận được từ các khu vực của Liên bang Nga bởi Bộ Lao động và Bảo vệ Xã hội thì năm 2015, chỉ có 7.500 trẻ em được chẩn đoán có RLPTK ở Nga, tức là thấp hơn gần 40 lần so với số lượng được dự báo tương ứng với 1% (Анастасия Смирдова, 2017).

Ở Châu Á thì nhóm nghiên cứu, đứng đầu nghiên cứu là tiến sĩ Young Shin Kim thuộc Trung tâm nghiên cứu trẻ em thuộc Đại học Yale cùng các đồng sự người Hàn Quốc và đồng tác giả là giáo sư Roy Richard Gilker (ĐH George Washington), chuyên gia về Nhân học đã phối hợp với các nhà khoa học Hoa Kỳ và Canada nghiên cứu so sánh tỷ lệ trẻ có RLPTK ở Hàn Quốc so với Hoa Kỳ và kết quả nghiên cứu đã được đăng trên Tạp chí Tâm thần học của Mỹ. Kết quả nghiên cứu đã đưa ra một tỷ lệ kinh ngạc ở trẻ em Hàn Quốc có RLPTK cao hơn nhiều so với tỷ lệ này tại Hoa Kỳ. Tỷ lệ RLPTK ở Hàn Quốc là 2.64%, cứ có 38 em thì có 1 trẻ có RLPTK, đáng lưu ý là tỷ lệ RLPTK ở trẻ em gái khá cao. Nhóm đã tiến hành lấy mẫu từ 55.000 trẻ em có độ tuổi từ 5 đến 7 tuổi được thống kê từ 5 năm trở lại đây, 2/3 trong số trẻ RLPTK. Nghiên cứu này cho thấy một phần gia tăng tỷ lệ của trẻ RLPTK là do các yếu tố như nhận thức cộng đồng tăng lên hoặc do mở rộng các tiêu chuẩn chẩn đoán (Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E., ... Grinker, R. R., 2011) [77].

Có thể thấy, kết quả nghiên cứu dịch tễ của các nhà khoa học trên thế giới là một nỗ lực nhằm tìm hiểu quy mô của vấn đề về tỷ lệ tăng đột biến của trẻ mầm non có RLPTK trên thế giới và ở các

nước Châu Á. Các nghiên cứu này đóng góp vào cơ sở chứng cứ cần thiết để thiết kế, nghiên cứu sâu hơn và đưa ra các chính sách nhằm đảm bảo phân bổ hiệu quả các nguồn lực và dịch vụ cho công tác chăm sóc, giáo dục trẻ mầm non có RLPTK.

Ở Việt Nam, một số nghiên cứu về tỷ lệ RLPTK được thực hiện ở một số đơn vị như: Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhi đồng 1, TP.HCM và các tác giả như Ngô Xuân Điệp (2009), Nguyễn Thị Hồng Thúy (2012), Nguyễn Thị Hương Giang (2012), Phạm Trung Kiên (2013), Nguyễn Thị Hoàng Yến (2014), Đào Thị Thu Thủy (2014), Trần Thị Minh Thành (2015), Đỗ Thị Thảo (2015), Nguyễn Nữ Tâm An (2015).

Tại khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn từ năm 2000 – 2007 cho thấy: số lượng trẻ được chẩn đoán và can thiệp RLPTK ngày càng đông; số trẻ đến khám năm 2007 tăng gấp 33 lần so với năm 2000; xu thế trẻ có RLPTK tăng nhanh từ 122% – 268% trong giai đoạn từ năm 2004 – 2007 so với năm 2000 [8], [55], [56].

Thống kê tại Bệnh viện Nhi đồng 1, TP. HCM, nếu như năm 2000, bệnh viện chỉ điều trị cho 2 trẻ RLPTK thì năm 2004 con số này đã là 170 trẻ, đến năm 2008, con số này đã tăng gấp 2 lần, tức là 324 trẻ, trong đó tự kỷ điển hình là 110 trẻ, tự kỷ không điển hình là 206 trẻ [8], [55], [56].

Tác giả Nguyễn Thị Hương Giang và cộng sự (2008) đã tiến hành nghiên cứu "Xu thế mắc và một số đặc điểm dịch tễ học của TTK điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2000 – 2007" và kết quả nghiên cứu cho thấy, sự gia tăng nhanh tỷ lệ trẻ từ 18 đến 24 tháng được chẩn đoán có RLPTK là 0,46% (Nguyễn Thị Hương Giang, Trần Thị Thu Hà, 2008) [8].

Như vậy, các nghiên cứu về trẻ có RLPTK ở Việt Nam chủ yếu được thực hiện trên phương diện y tế, tâm lý và giáo dục và vấn đề về trẻ có RLPTK ở Việt Nam đã và đang được quan tâm nghiên cứu

nhưng đây mới chỉ là con số mang tính ước lượng tương đối. Để có thể đưa ra một con số chính thức và chính xác, cần có đội ngũ nhà chuyên môn, cũng như công cụ chẩn đoán, tiêu chí chẩn đoán thống nhất với sự hỗ trợ của các nguồn lực, các đơn vị có liên quan để thực hiện một nghiên cứu cấp quốc gia nhằm đem đến lợi ích cho trẻ RLPTK và gia đình trẻ cùng việc đề xuất các chiến lược, chính sách về trẻ mầm non có RLPTK.

3.1.1. Những nghiên cứu về kĩ năng giao tiếp của trẻ có rối loạn phổ tự kỉ

Trên thế giới, đã có nhiều tác giả nghiên cứu về KNGT và các nhóm kĩ năng thành phần của trẻ có RLPTK. Cụ thể:

Rubin, Fein, & Vandenberg (1983) cho rằng, đối với trẻ phát triển bình thường ở tuổi mầm non (2 - 6 tuổi) thường được dạy tương tác và chơi với bạn. Lúc đầu trẻ nào cũng chơi một mình với đồ chơi, dần dần chơi song song, cùng chơi một đồ chơi nhưng không nhất thiết tương tác với bạn. Đến 3 - 4 tuổi trẻ dần dần biết chơi chung và hợp tác, tự tiết chế cảm xúc cần thiết để chơi chung, biết chờ đợi tới phiên mình trong các trò chơi nhóm. Đến 5 tuổi thì trẻ bắt đầu tương tác nhiều hơn như biết nói đùa, chia sẻ đồ chơi với bạn và biết nói chuyện lần lượt với bạn. Nhưng đối với trẻ MN có RLPTK thì trẻ không biết chơi xã hội, không biết giao tiếp với bạn (Rubin, Fein, & Vandenberg,1983) [8].

Rogers (2000) cho thấy các khởi đầu xã hội của trẻ có RLPTK ít bị ảnh hưởng bởi phương pháp tiếp cận qua trung gian ngang hàng (thông qua bạn bè cùng trang lứa) so với các đáp ứng xã hội. Những phát hiện này cho thấy trẻ có thể được đào tạo tốt để đáp ứng một cách thích hợp nhưng không thể bắt đầu với các bạn của trẻ một cách độc lập. Tuy nhiên, nếu không có sự khởi đầu từ trẻ có RLPTK, trẻ em bình thường có thể bỏ những nỗ lực của mình để tương tác với trẻ có RLPTK [85].

Bellini, Peters, Benner & Hopf (2007) cho rằng phạm vi các khó khăn mà trẻ có RLPTK bao gồm những khó khăn trong giao tiếp với người khác, xử lý và tích hợp thông tin từ môi trường, thiết lập và duy trì các mối quan hệ xã hội và tham gia vào môi trường mới [65]. Hume, Bellini & Pratt (2005) cũng chỉ ra rằng mặc dù các KNGT bị thiếu hụt là một trong những đặc trưng chính của trẻ có RLPTK, nhưng một số biện pháp khuyến nghị của nghiên cứu không được sử dụng bởi gia đình và những nhà can thiệp sớm. Sự thiếu tiếp cận trong việc đào tạo KNGT có thể làm trì hoãn sự phát triển của một đứa trẻ về KNGT và điều đó mang đến bất lợi đến mối quan hệ của trẻ với những bạn khác cả trong và ngoài lớp học. Trẻ có RLPTK phải đối mặt với sự từ chối từ các bạn của mình, điều đó làm trì hoãn sự phát triển xã hội, cảm xúc và nhận thức [72].

Trong nghiên cứu “Social Skills Deficits in Autism: A Study among Students with Autism Spectrum Disorder in Inclusive Classrooms” (2015) Kee Jiar Yeo và Kie Yin Teng cho rằng, học sinh có rối loạn phổ tự kỉ thiếu KNGT bị cản trở khi được đưa vào các lớp học hòa nhập. Nghiên cứu này là xác định khu vực thiếu hụt KNGT xảy ra thường xuyên nhất trong số các học sinh có rối loạn phổ tự kỉ trong lớp học hòa nhập, từ đó các giáo viên có sự sẵn sàng và chuẩn bị tốt để đáp ứng nhu cầu giáo dục đặc biệt của học sinh nhằm mang lại kết quả giáo dục hiệu quả. Nghiên cứu được tiến hành trên 34 giáo viên tại ba trường học với các lớp học hòa nhập ở bang Johor, Malaysia. Công cụ được sử dụng trong nghiên cứu thực trạng dựa vào công cụ đánh giá kỹ năng xã hội TRIAD (TSSA) của Trung tâm Vanderbilt Kennedy. Công cụ này đã được điều chỉnh và bao gồm một mẫu khảo sát gồm 41 mục đánh giá kiến thức và kĩ năng của học sinh có RLPTK trong ba lĩnh vực, cụ thể là nhận thức, hành vi và tình cảm. Kết quả cho thấy sự thiếu hụt các KNGT được quan sát thấy rõ nhất thuộc các lĩnh vực hành vi và tình cảm. So sánh ba lĩnh vực trong KNGT bằng cách sử dụng các phân tích các biện pháp lặp lại cho thấy có sự khác biệt đáng kể trong điểm số

của ba lĩnh vực giữa các học sinh có rối loạn phổ tự kỉ với nhau [76].

Ở Việt Nam, nghiên cứu về "Biện pháp phát triển kĩ năng giao tiếp cho trẻ tự kỉ 3 - 4 tuổi" tác giả Nguyễn Thị Thanh khẳng định trẻ có RLPTK là những trẻ chậm trễ trong ngôn ngữ nói hoặc ngôn ngữ nói khác thường, giao tiếp và tương tác kém, có những hành vi rập khuôn định hình, khả năng tư duy trừu tượng kém. Điều đó khiến cho việc tham gia học tập trong môi trường mầm non hòa nhập của trẻ có RLPTK gặp nhiều khó khăn, đặc biệt trong quá trình giao tiếp với cô giáo và các bạn bởi trẻ có RLPTK có vốn từ ít, khó khởi xướng cuộc giao tiếp. Tác giả cũng đã đề xuất và thực nghiệm 10 biện pháp phát triển kĩ năng giao tiếp cho trẻ 3 - 4 tuổi. Kết quả thực nghiệm các biện pháp cho thấy, giao tiếp của trẻ có RLPTK 3 - 4 tuổi học hòa nhập ở trường mầm non có sự tiến bộ và khẳng định các biện pháp đề xuất là hợp lý và có hiệu quả trong việc phát triển kĩ năng giao tiếp cho trẻ có RLPTK [35].

Tác giả Nguyễn Nữ Tâm An dựa vào nhận định của giáo viên để chỉ ra các điểm mạnh và hạn chế của học sinh có RLPTK học tiểu học hòa nhập trong nghiên cứu "Nhận định của giáo viên về điểm mạnh và hạn chế của học sinh rối loạn phổ tự kỉ học tiểu học hòa nhập". Kết quả nghiên cứu cho thấy học sinh có RLPTK có điểm mạnh trong hoạt động nhận thức đặc biệt trong khả năng ghi nhớ, tư duy hình ảnh; trong khi đó các em lại hạn chế, gặp khó khăn về KNGT như: không thích hoặc không biết giao tiếp/ứng xử phù hợp với giáo viên và bạn cùng lớp, khó khăn trong việc thể hiện ý kiến của bản thân bằng giao tiếp có lời và không lời, bối rối hoặc không thoải mái thậm chí là giận dữ khi không biết phải làm gì và làm như thế nào hay có sự thay đổi, tính tổ chức trong việc thực hiện nhiệm vụ học tập kém, khó khăn trong việc hiểu và thực hiện nội quy lớp học, có hành vi bất thường làm ảnh hưởng tới bản thân và hoạt động của lớp học [3],[4].

Tác giả Mai Thị Phương (2017) đã khẳng định trẻ có RLPTK đang học tại các lớp tiền học đường đều chưa có hoặc đang trong giai đoạn hình thành các KN trong 4 nhóm KN học đường. Trong đó, các KN mà trẻ gặp khó khăn nhất là các KN trong nhóm tương tác với giáo viên, bạn bè; nhóm KN chấp hành nội qui, qui định ở lớp, ở trường. Các KN mà trẻ ít gặp khó khăn nhất là các KN trong nhóm KN tự phục vụ [31], [32].

Như vậy, các nghiên cứu về KNGT cho trẻ có rối loạn phổ tự kỉ đã chỉ ra trẻ có RLPTK gặp khó khăn trong nhận thức, hành vi và tình cảm. Sự thiếu hụt các KNGT cũng được thể hiện qua hành vi, tình cảm của trẻ. Việc can thiệp, giáo dục trẻ cần dựa vào gia đình, nhà trường và cộng đồng nơi trẻ sinh sống.

Các nghiên cứu về KNGT của trẻ khuyết tật nói chung và trẻ có rối loạn phổ tự kỉ nói riêng đã được quan tâm, nghiên cứu và áp dụng nhằm giúp các em có thể phát triển tốt nhất khả năng và tham gia hòa nhập cộng đồng một cách tốt nhất.

3.1.2. Những nghiên cứu về phát triển kĩ năng giao tiếp cho trẻ có rối loạn phổ tự kỉ

Cùng với các nghiên cứu về các KNGT của trẻ có RLPTK, nghiên cứu về giáo dục, trị liệu, phát triển các kĩ năng cho trẻ có RLPTK đã được tiến hành từ rất nhiều năm nay với nhiều trường phái, nhiều phương pháp. Một số phương pháp trị liệu và giáo dục được thiết kế dành riêng cho những trẻ em mắc rối loạn phổ tự kỉ, một số phương pháp được thiết kế cho những trẻ em mắc các dạng khó khăn khác và được thích ứng cho phù hợp với trẻ mắc rối loạn tự kỉ.

Khuynh hướng xem tự kỉ là một dạng khuyết tật phát triển là khuynh hướng khá phổ biến. Khuynh hướng này xem xét tự kỉ dưới góc cạnh là một dạng khuyết tật phát triển làm ảnh hưởng đến nhiều mặt phát triển của trẻ tự kỉ. Trên cơ sở từng mặt phát triển bị khiếm khuyết đó xuất hiện những khuynh hướng can thiệp tập trung vào từng mặt khiếm khuyết như hành vi, giao tiếp, quan hệ xã hội…

Các phương pháp can thiệp, giáo dục cũng ra đời trên cơ sở các cách tiếp cận này.

Một nghiên cứu có ứng dụng tích cực trong can thiệp sớm cho trẻ tự kỉ là *Phân tích hành vi ứng dụng* (ABA - Applied Behavior Analysis). Đây là kết quả nghiên cứu của Ivan Lovaas cùng các đồng nghiệp vào những năm 1960 tại Trường Đại học California ở Los Angeles. Kết quả nghiên cứu là cơ sở để hình thành phương pháp can thiệp hành vi, được dùng để phát huy tối đa khả năng học tập của trẻ tự kỉ. Tác giả thử nghiệm chương trình can thiệp sớm cho trẻ nhỏ dựa vào gia đình trẻ với các lĩnh vực có thể là xã hội, giao tiếp, tự phục vụ, vui chơi… Nghiên cứu xác định các biện pháp can thiệp thích hợp với trẻ em rối loạn phổ tự kỉ; sự tham gia của cha mẹ là rất quan trọng để can thiệp tại nhà cho trẻ. Một thành phần khác của phương pháp này là khuyến khích trẻ bắt chước các trẻ khác để phát triển các kỹ năng xã hội. Cấu trúc của ABA gồm: dạy thử nghiệm các kĩ năng riêng biệt và dạy ngẫu nhiên. Các nghiên cứu đều cho thấy sự giáo dục phù hợp nhất đối với trẻ tự kỉ là can thiệp hành vi sớm và tích cực [73]. Hiện nay, ABA vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng cho việc can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ và có nhiều nhà nghiên cứu vẫn rất quan tâm và ứng dụng phương pháp này trong các nghiên cứu của mình.

Andrew Bondy và Lori Frost nghiên cứu về phương pháp PECS (Picture Exchange Communication System - Hệ thống giao tiếp thông qua trao đổi tranh) ứng dụng vào can thiệp sớm cho trẻ tự kỉ. Tác giả sử dụng một loạt chiến lược để giúp trẻ tự kỉ có được các kĩ năng giao tiếp [68], [69]. Mặc dù phương pháp này mới tập trung giúp trẻ giao tiếp không lời, cho phép trẻ lựa chọn cách thể hiện nhu cầu của mình thông qua tranh ảnh. Nhưng đây cũng là phương pháp được đánh giá cao trong lĩnh vực giáo dục đặc biệt cho trẻ khuyết tật nói chung và trẻ rối loạn phổ tự kỉ nói riêng. Hiện nay có khoảng gần 200 nghiên cứu có liên quan tới PECS trên thế giới.

Một cách tiếp cận khác tập trung vào quan hệ xã hội, xem xét

khiếm khuyết về quan hệ xã hội là khiếm khuyết quan trọng nhất làm ảnh hưởng tới các mặt phát triển của trẻ tự kỉ và chỉ khi giải quyết được các vấn đề về quan hệ xã hội mới giải quyết được những vấn đề của tự kỉ. Tiêu biểu là phương pháp *Dựa trên sự phát triển, sự khác biệt cá nhân và các mối quan hệ* (DIR - Developmental, Individual difference, Relationship based).

Nghiên cứu của Barry, T. D., Klingler, L. G., Lee, J. M., Palardy, N., Gilmore, T., & Bodin, S. D. (2003) đã kiểm tra hiệu quả của một can thiệp nhóm KNGT dựa trên phòng khám ngoại trú với bốn học sinh tự kỉ chức năng cao lứa tuổi tiểu học. Nhóm này được thiết kế để dạy các KNGT cụ thể, bao gồm các kỹ năng chào hỏi, trò chuyện và chơi trong một định dạng trị liệu ngắn (tổng cộng tám đợt). Vào cuối mỗi đợt tập huấn kĩ năng, trẻ tự kỉ đã được quan sát trong các buổi chơi với các bạn bình thường cùng tuổi. Trẻ bình thường nhận được sự giáo dục ngang hàng về các cách tương tác với trẻ có RLPTK. Kết quả chỉ ra rằng một nhóm kỹ năng xã hội được thực hiện trong một môi trường bệnh viện ngoại trú là có hiệu quả, đó là trong việc cải thiện kỹ năng chào hỏi và chơi, tuy nhiên cũng có những cải thiện ít rõ ràng hơn trong kỹ năng đàm thoại. Tuy nhiên, báo cáo của phụ huynh về các kỹ năng chào hỏi, trò chuyện và chơi bên ngoài phòng khám chỉ ra những cải thiện đáng kể chỉ với kỹ năng chào hỏi [64].

Rogers (2000) đã xác định một số chiến lược để tạo điều kiện cho người lớn và trẻ em; trẻ em và trẻ em tương tác với nhau bao gồm đào tạo đáp ứng quan trọng, nhắc nhở người lớn, thay đổi môi trường, các nhóm KNGT , những câu chuyện xã hội, mô hình video, và hướng dẫn bạn bè qua trung gian. Những chiến lược này cung cấp hỗ với một khung để phát triển các chương trình can thiệp KNGT có hiệu quả [85].

Phát triển KNGT cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ là việc giúp trẻ có các kĩ năng giải quyết các kĩ năng khởi xướng, duy trì mối quan hệ; tương tác qua lại với các đối tượng; giảm thiểu các hành vi rập

khuôn trong giao tiếp, tương tác. Giáo dục, can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ dựa vào việc sử dụng câu chuyện xã hội hoặc sử dụng video làm mẫu cũng được các nhà nghiên cứu ứng dụng trong thời gian gần đây.

Sử dụng câu chuyện xã hội là một trong những công cụ hữu ích trong hỗ trợ, giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ trong việc giảm bớt những hành vi không mong muốn trong tương tác xã hội. Câu chuyện xã hội được giới thiệu lần đầu bởi Carol Gray năm 1991. Câu chuyện xã hội là những mô tả ngắn về một tình huống, sự kiện hoặc hoạt động cụ thể, bao gồm thông tin cụ thể về những gì mong đợi trong tình huống đó và tại sao lại như thế. Nó thường được thể hiện bằng các câu chuyện, điều này rất phù hợp với trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Nó có thể được thực hiện với những từ đơn giản hoặc với hình minh họa [70], [71].

Theo Ventimiglia (2007), mặc dù các nghiên cứu được thực hiện về tác động của các câu chuyện xã hội về sửa đổi hành vi không phải là rất chi tiết, rõ ràng là các câu chuyện xã hội là một công cụ hữu ích trong việc sửa đổi hành vi khó khăn ở trẻ em. Việc sử dụng các hình ảnh thú vị và các từ thích hợp làm cho nó thành công hơn nữa. Hiệu quả của các câu chuyện xã hội về trẻ em có nhu cầu đặc biệt là hiển nhiên qua nhiều nghiên cứu đã được thực hiện trước đó (Sansosoti, Powell- Smith, & Kinkaid, 2004). Tuy nhiên, không chắc chắn liệu các câu chuyện xã hội có thành công hay chỉ thành công khi nó được sử dụng cùng với sự can thiệp khác [87], [88].

Theo Sunitha Balakrishnana và Aliza Aliasb (2017) câu chuyện xã hội là một phương pháp can thiệp rất phổ biến và được sử dụng rộng rãi như một công cụ học tập xã hội cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Các tác giả nghiên cứu tìm hiểu việc sử dụng các câu chuyện xã hội trong việc khuyến khích sự tương tác xã hội của trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Nghiên cứu được thực hiện trên 4 trẻ rối loạn phổ tự kỉ trong độ tuổi từ 5 đến 8 đang theo học tại một môi trường học tập hòa nhập. Một thí nghiệm đơn lẻ với thiết kế A-B-A-B được sử dụng cho tất cả

4 trẻ. Ba trong số 4 trẻ cho thấy sự cải thiện tuyệt vời trong khả năng kết bạn của họ. Những phát hiện của nghiên cứu này cho thấy các tác động tích cực của việc sử dụng các câu chuyện xã hội trong việc cải thiện sự tương tác xã hội của trẻ rối loạn phổ tự kỉ [91].

Như vậy, câu chuyện xã hội là phương pháp được đánh giá cao trong giáo dục KNGT cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ bởi những kết quả khi ứng dụng trong thực tiễn của nó đối với nhóm trẻ này. Tuy nhiên, phương pháp này cũng vẫn còn những hạn chế, đó là việc chỉ dạy kĩ năng thông qua các câu chuyện và giải thích bằng các hình ảnh thì trẻ gặp rất nhiều khó khăn khi tiếp nhận do trẻ rối loạn phổ tự kỉ có những hạn chế trong phát triển về tư duy, tưởng tượng, ghi nhớ… Vì vậy, phương pháp này phù hợp hơn khi áp dụng với các trẻ rối loạn tự kỉ ở mức độ nhẹ và tự kỉ chức năng cao.

Ngoài ra còn có các cách tiếp cận khác như sử dụng video làm mẫu/mô hình hóa video trong dạy KNGT cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ, cách tiếp cận lấy vấn đề giao tiếp, cảm xúc… của trẻ làm trọng tâm trong nghiên cứu giáo dục cho trẻ tự kỉ. Mô hình hóa video là một kỹ thuật giảng dạy được sử dụng rộng rãi đã được áp dụng vào việc giáo dục trẻ khuyết tật phát triển.

Allison Serra Tetreault and Dorothea C. Lerman (2010) trong nghiên cứu Dạy KNGT cho trẻ tự kỉ sử dụng quan điểm Mô hình hóa video đã nghiên cứu để dạy ba trẻ được chẩn đoán mắc rối loạn tự kỉ. Nghiên cứu được tiến hành để dạy trẻ biết bắt đầu và duy trì một cuộc trò chuyện với một người khác. Nghiên cứu thể hiện cả việc trình bày video mục tiêu và củng cố hành vi mục tiêu. Kết quả là hai trong số ba trẻ trả lời đúng tất cả các biểu cảm trên khuôn mặt sau khi xem các mô hình video một hoặc hai lần. Điều này cho thấy mô hình hoá video có hiệu quả trong việc giúp trẻ quan sát và bắt chước các điểm đặc trưng đơn giản như nét mặt. Mặc dù những dữ liệu này cho thấy quan điểm sử dụng mô hình hoá video có thể là một kỹ thuật thành công để dạy một số kỹ năng xã hội, nhưng những hạn

chế tồn tại cần được nghiên cứu thêm [57].

Các nghiên cứu về tự kỉ đã được thực hiện ở rộng khắp các nước trên thế giới. Các công trình nghiên cứu đã đưa ra những vấn đề lý thuyết và tiến hành thực nghiệm, nội dung nghiên cứu đề cập đến các vấn đề phát hiện sớm, chẩn đoán sớm, các tiêu chí sàng lọc, đánh giá, các phương pháp giáo dục trẻ tự kỉ…

Ở Việt Nam, năm 2009, tác giả Nguyễn Nữ Tâm An với nghiên cứu "Bước đầu ứng dụng phương pháp TEACCH trong can thiệp cho trẻ tự kỉ tại Hà Nội" cho thấy được một góc nhìn về vấn đề định hướng và điều trị trẻ tự kỉ thông qua giao tiếp, cách vận dụng phương pháp TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) vào trong quá trình can thiệp sớm cho trẻ tự kỉ [1].

Năm 2008, tác giả Đào Thu Thủy với đề tài *"Xây dựng bài tập phát triển giao tiếp tổng thể cho trẻ tự kỉ tuổi mầm non"* đã điều tra thực trạng kĩ năng giao tiếp của trẻ tự kỉ 24 - 36 tháng tuổi, từ đó thiết kế 20 bài tập phát triển giao tiếp cho nhóm trẻ này dành cho phụ huynh. Tuy nhiên, đề tài chưa tiến hành thực nghiệm để kiểm nghiệm tính khả thi của các bài tập phát triển giao tiếp tổng thể [42].

Trong nghiên cứu *"Giáo dục kỹ năng xã hội cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ trong trường mầm non hòa nhập"* (2016), tác giả Đỗ Thị Thảo và cộng sự đã chỉ ra một số khó khăn về KNGT của trẻ RLPTK như: khả năng kết bạn, ít chủ động tham gia các hoạt động cùng các bạn đồng trang lứa, có những tương tác không phù hợp với người lớn và các trẻ khác; Ít nhìn vào mắt người khác và không biết sử dụng ngôn ngữ cơ thể, ít có sự biểu cảm bằng nét mặt, cử chỉ, điệu bộ… trong giao tiếp; Thiếu sự giao lưu về xã hội, ít chia sẻ cảm xúc với mọi người; Thiếu hụt nghiêm trọng khả năng nhận biết về những ám chỉ, quy ước xã hội; Khó khăn trong việc kiểm soát và thể hiện cảm xúc của mình. Khó khăn trong việc hiểu và đối phó với các tình huống xã hội; Trẻ có thể gặp khó khăn trong việc làm

theo và đáp ứng với các quy tắc xã hội, duy trì hội thoại, chia sẻ và lắng nghe người khác…. Bên cạnh đó, tác giả cũng đã chỉ ra nội dung chương trình, phương pháp giáo dục và hình thức giáo dục KNGT cho trẻ rối loại phổ tự kỉ lứa tuổi mầm non [38]. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa chỉ ra được những biện pháp phù hợp để giáo dục KNGT cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ trong trường mầm non hòa nhập nói chung và biện pháp giáo dục KNGT cho từng nhóm tuổi của trẻ rối loạn phổ tự kỉ nói riêng. Đây là một trong những nguồn tài liệu có ích đối với luận án, luận án kế thừa và lựa chọn những nội dung phù hợp để làm phong phú thêm nội dung của mình.

Tác giả Nguyễn Thị Kim Anh (2017) đã đánh giá thực trạng nhận thức của 17 cán bộ quản lý, 101 giáo viên và 102 cha mẹ trẻ về 05 chương trình giáo dục KNGT cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ lứa tuổi mầm non tại thành phố Hồ Chí Minh. Tác giả đưa ra kết luận: Phần lớn giáo viên, cán bộ quản lý và cha mẹ trẻ bước đầu đã có những nhận định đúng nhưng chưa đầy đủ khái niệm, tầm quan trọng của việc giáo dục KNGT cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ; Khách thể cũng đánh giá cao các nội dung giáo dục KNGT như: giao tiếp sớm, chăm sóc bản thân, tương tác xã hội, đồng cảm nhưng kĩ năng quản lý xung đột chưa được đánh giá cao; Phần lớn chương trình giáo dục KNGT tại địa bàn khảo sát đều sử dụng chương trình mầm non quốc gia và tham khảo của nước ngoài, chưa có chương trình dành riêng cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ Việt Nam [7]. Có thể thấy tác giả bài báo mới chỉ khảo sát thực trạng và khái quát một số nội dung cơ bản về KNGT , chương trình giáo dục KNGT cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ thông qua việc khảo sát giáo viên, cán bộ quản lý và cha mẹ trẻ; mà chưa đi sâu tìm hiểu những KNGT đã đạt được, những điểm mạnh, điểm hạn chế hay xây dựng các bài tập về KNGT của trẻ rối loạn phổ tự kỉ lứa tuổi mầm non tại thành phố Hồ Chí Minh.

Trong nghiên cứu *"Hướng tiếp cận dạy KNGT theo nhóm cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ"* (2017), tác giả Nguyễn Thị Hoa đã chỉ ra một số đặc điểm KNGT của trẻ rối loạn phổ tự kỉ như có 04 nhóm khó

khăn chính: giao tiếp không lời, khởi xướng giao tiếp, tương tác qua lại, hiểu người khác; khó khăn trong mối quan hệ với bạn bè... Tác giả tìm hiểu các nội dung dạy và 07 bước tiến hành dạy KNGT theo nhóm cho trẻ; đồng thời tác giả cũng đã nêu ví dụ minh họa trong nhóm học kĩ năng hội thoại gồm 02 trẻ thông qua ba bước: xây dựng mục tiêu, thu thập dữ liệu, tổng kết dữ liệu [23]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tác giả lại chưa chỉ ra độ tuổi mà nghiên cứu đang đề cập đến là bao nhiêu? Mức độ tự kỉ nặng, trung bình hay nhẹ? Ví dụ minh họa mà nghiên cứu đưa ra chưa thực sự đảm bảo độ tin cậy vì thời gian đánh giá hoạt động chỉ trong 02 ngày.

Những nghiên cứu trên đây đã khẳng định trẻ rối loạn phổ tự kỉ có nhiều hạn chế trong giao tiếp, tương tác xã hội và hành vi thích ứng. Tuy nhiên, trẻ cũng có những điểm mạnh trong các lĩnh vực khác nhau, và việc dạy học hay giáo dục cho trẻ cả về tri thức và kĩ năng là cần thiết. Các phương pháp giáo dục, rèn luyện được các tác giả đề xuất đã đều hướng vào các điểm mạnh của trẻ và phần lớn đã kiểm chứng được hiệu quả của nó. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, để dạy kĩ năng được cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ cần chia nhỏ các bước và có những chỉ dẫn cụ thể, dễ hiểu nhằm đảm bảo trẻ có thể thực hiện được; quá trình can thiệp có thể được thực hiện dựa vào cá nhân hoặc nhóm.

Có thể thấy, những nghiên cứu về phát triển KNGT cho trẻ có RLPTK trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã đi vào nghiên cứu những vấn đề cụ thể như giao tiếp hay quản lý hành vi trẻ tự kỉ... Bên cạnh đó, cũng đã có các nghiên cứu về rèn luyện KNGT cho trẻ có RLPTK ở những nhóm tuổi khác nhau, tuy nhiên những nghiên cứu đó chưa xây dựng được đầy đủ cơ sở lý luận về các vấn đề nghiên cứu và thời gian nghiên cứu là chưa đủ để khảo nghiệm được tính khả thi, tính phù hợp đối với tất cả các đối tượng. Luận án tiếp thu những kết quả nghiên cứu về KNGT và phát triển KNGT cho trẻ khuyết tật nói chung và trẻ có RLPTK nói riêng vào việc giải quyết các nhiệm vụ phát triển KNGT cho trẻ 5 - 16 tuổi có RLPTK. Luận

án nhấn mạnh đến việc: xác định mức độ đạt được KNGT của trẻ rối loạn phổ tự kỉ từ đó xây dựng hệ thống biện pháp nhằm phát triển KNGT cho các em.

3.2. Lí thuyết về vốn từ vựng tiếng Việt

Vốn từ vựng (lexical repertoire) của một cá nhân có thể hiểu là tổng thể những đơn vị từ vựng mà người đó có khả năng tiếp nhận (hiểu) và/hoặc biểu đạt (sử dụng) trong hoạt động giao tiếp. Trong nghiên cứu ngôn ngữ trẻ em, vốn từ vựng được xem là một chỉ báo quan trọng phản ánh mức độ phát triển ngôn ngữ, mức độ hình thành khái niệm, kinh nghiệm tương tác và sự tích lũy tri thức xã hội của trẻ. Với tiếng Việt - một ngôn ngữ đơn lập, vai trò của từ vựng càng nổi bật vì phần lớn ý nghĩa và quan hệ ngữ pháp được biểu hiện bằng trật tự từ, hư từ và lựa chọn từ.

3.2.1. Khái niệm và phạm vi của từ vựng tiếng Việt

Từ vựng tiếng Việt là toàn bộ các đơn vị định danh và biểu đạt được cộng đồng người Việt sử dụng để gọi tên sự vật, hiện tượng, hành động, trạng thái, tính chất, quan hệ, cũng như để biểu thị những thái độ, đánh giá và sắc thái tình cảm trong giao tiếp. Ở bình diện hệ thống ngôn ngữ, từ vựng là một phân hệ mở: luôn vận động, biến đổi, tiếp nhận yếu tố mới (từ mới, nghĩa mới, cách dùng mới) và loại bỏ dần những đơn vị ít dùng, lỗi thời.

Ở bình diện cá nhân, "vốn từ vựng" là bộ phận từ vựng của toàn dân được cá thể hóa trong năng lực ngôn ngữ của mỗi người. Nó phụ thuộc vào độ tuổi, môi trường giao tiếp, trình độ học tập, mức độ trải nghiệm và đặc thù văn hóa gia đình - cộng đồng. Vì vậy, cùng một cộng đồng ngôn ngữ, vốn từ của các cá nhân có thể khác nhau rất lớn cả về số lượng (độ rộng) và mức độ hiểu - dùng (độ sâu).

3.2.2. Đơn vị của từ vựng tiếng Việt: tiếng, từ và ngữ cố định

Trong tiếng Việt, cần phân biệt "tiếng" (âm tiết) với "từ" (đơn vị từ vựng). "Tiếng" là đơn vị ngữ âm - âm vị học, có tính hoàn chỉnh về mặt âm tiết và thường tương ứng với một hình vị

(morpheme) trong nhiều trường hợp. Tuy nhiên, không phải mọi tiếng đều là từ; ngược lại, nhiều từ tiếng Việt là đa tiết (nhiều tiếng) như học sinh, nhà cửa, vui vẻ, chăm chỉ…

"Từ" là đơn vị nhỏ nhất có nghĩa tương đối ổn định và có khả năng đảm nhiệm một chức năng ngữ pháp nhất định trong cấu tạo câu. Từ có thể gồm một tiếng (từ đơn tiết) hoặc nhiều tiếng (từ đa tiết). Đặc điểm chữ viết tiếng Việt đặt khoảng trắng giữa các tiếng khiến việc xác định ranh giới "từ" trong văn bản không luôn trùng khít với ranh giới khoảng trắng; do đó, khi khảo sát vốn từ, cần xác định rõ đơn vị thống kê là "từ" chứ không phải "tiếng".

Bên cạnh từ, tiếng Việt còn có các đơn vị từ vựng phức hợp mang tính cố định tương đối như ngữ cố định, quán ngữ, thành ngữ. Các đơn vị này có tính thành tố (gồm nhiều từ), nhưng nghĩa và cách dùng thường được lưu giữ như một chỉnh thể trong trí nhớ ngôn ngữ. Trong giao tiếp tự nhiên, đây là nguồn lực quan trọng giúp lời nói giàu sắc thái, tự nhiên và hiệu quả.

3.2.3. Cấu tạo từ và các kiểu đơn vị từ vựng

Xét theo cấu tạo hình thức, từ tiếng Việt thường được chia thành từ đơn (một hình vị) và từ phức. Từ phức gồm hai loại tiêu biểu là từ ghép và từ láy.

Từ ghép được tạo bởi sự kết hợp hai (hoặc nhiều) tiếng có quan hệ ngữ nghĩa - ngữ pháp với nhau. Dựa vào quan hệ cấu trúc, có thể phân biệt (i) ghép chính - phụ (ví dụ: sách giáo khoa, áo mưa, xe đạp) và (ii) ghép đẳng lập (ví dụ: bàn ghế, quần áo, cha mẹ). Từ ghép có vai trò rất lớn trong việc mở rộng vốn từ vì tiếng Việt tận dụng mạnh cơ chế ghép để tạo đơn vị định danh mới, đặc biệt ở các lĩnh vực tri thức - học đường.

Từ láy được tạo bởi sự lặp lại có biến đổi (toàn bộ hoặc bộ phận) về âm thanh giữa các tiếng, nhằm tạo sắc thái biểu cảm, gợi hình, gợi cảm hoặc biểu thị mức độ, tính chất (ví dụ: lấp lánh, đỏ đỏ, xinh xắn, thăm thẳm…). Từ láy góp phần làm giàu biểu đạt nhưng đòi hỏi người nói phải nắm được cả khuôn âm (mẫu láy) lẫn

sắc thái nghĩa trong ngữ cảnh.

Ngoài ra, từ vựng tiếng Việt còn có lớp từ Hán Việt, từ mượn từ các ngôn ngữ khác, và các từ khẩu ngữ/địa phương. Trong nghiên cứu vốn từ của trẻ em, cần lưu ý yếu tố môi trường: trẻ có thể tiếp xúc nhiều với một số lớp từ (ví dụ từ khẩu ngữ trong gia đình) nhưng lại hạn chế ở lớp từ học đường hoặc từ trừu tượng.

3.2.4. Nghĩa từ vựng và các quan hệ ngữ nghĩa

Mỗi đơn vị từ vựng thường gắn với (i) nghĩa từ vựng (phần nội dung định danh sự vật, đặc điểm, hành động…) và (ii) khả năng kết hợp trong cấu trúc (giá trị sử dụng). Nghĩa từ vựng có thể bao gồm nghĩa biểu vật (chỉ đối tượng/hiện tượng), nghĩa biểu niệm (khái quát khái niệm) và nghĩa biểu thái (sắc thái tình cảm - đánh giá).

Hệ thống nghĩa của từ vựng tiếng Việt rất phong phú, thể hiện qua hiện tượng đa nghĩa (một từ có nhiều nghĩa liên quan) và đồng âm (nhiều từ khác nghĩa nhưng trùng hình thức). Các quan hệ ngữ nghĩa như đồng nghĩa, trái nghĩa, bao - thuộc (thượng danh - hạ danh), bộ phận - toàn thể tạo nên mạng lưới liên kết trong “từ điển tinh thần” (mental lexicon) của người nói. Mạng lưới này giúp cá nhân truy xuất từ nhanh hơn, chọn từ phù hợp hơn và hiểu lời nói trong ngữ cảnh tốt hơn.

Ở mức độ sử dụng, nghĩa của từ không tồn tại tách rời ngữ cảnh. Một từ có thể thay đổi sắc thái hoặc phạm vi nghĩa tùy theo văn cảnh, tình huống giao tiếp và quan hệ xã hội giữa người nói - người nghe. Do đó, đánh giá vốn từ không chỉ dừng ở việc “biết/không biết” từ, mà cần chú ý mức độ hiểu nghĩa, khả năng dùng đúng ngữ cảnh và khả năng mở rộng nghĩa theo tình huống.

3.2.5. Cấu trúc vốn từ vựng cá nhân: tiếp nhận - biểu đạt, chủ động - thụ động

Vốn từ vựng của cá nhân thường được xem xét theo hai bình diện cơ bản: vốn từ tiếp nhận (receptive vocabulary) và vốn từ biểu đạt (expressive vocabulary). Vốn từ tiếp nhận là những từ cá

nhân hiểu được khi nghe/đọc; vốn từ biểu đạt là những từ cá nhân có thể huy động để nói/viết. Thông thường, vốn từ tiếp nhận lớn hơn vốn từ biểu đạt vì hiểu thường "đi trước" khả năng dùng.

Một cách phân chia khác là vốn từ chủ động và vốn từ thụ động. Vốn từ chủ động gồm những từ cá nhân sử dụng thường xuyên, linh hoạt; vốn từ thụ động gồm những từ cá nhân có thể nhận ra/hiểu trong một số tình huống nhưng ít hoặc hầu như không dùng trong lời nói. Sự chuyển hóa từ thụ động sang chủ động chịu tác động mạnh của tần suất tiếp xúc, mức độ thực hành, phản hồi của người đối thoại và nhu cầu giao tiếp thực tế.

Ngoài số lượng từ, nghiên cứu hiện đại còn nhấn mạnh "độ sâu" của vốn từ: mức độ hiểu nghĩa, hiểu quan hệ nghĩa, hiểu sắc thái và nắm được khả năng kết hợp của từ (kết hợp với loại từ nào, trong kiểu cấu trúc nào, đi với tiểu từ/hư từ nào…). Độ sâu vốn từ có quan hệ mật thiết với khả năng tạo câu, kể chuyện, lập luận và tham gia hội thoại.

3.2.6. Sự phát triển vốn từ ở trẻ em nói tiếng Việt

Ở trẻ em phát triển điển hình, vốn từ vựng tăng trưởng theo hướng từ cụ thể đến trừu tượng, từ gần gũi - trực quan đến khái quát - học thuật. Giai đoạn đầu, trẻ thường tiếp nhận và dùng nhiều danh từ chỉ người, đồ vật quen thuộc, sau đó mở rộng sang động từ chỉ hành động, tính từ chỉ thuộc tính và dần dần hình thành các lớp từ biểu thị quan hệ (từ chỉ thời gian, vị trí, quan hệ nhân - quả, so sánh…).

Cùng với sự phát triển nhận thức và tương tác xã hội, trẻ mở rộng vốn từ theo các "trường nghĩa" gắn với trải nghiệm: gia đình, trường lớp, đồ ăn - đồ uống, hoạt động chơi, cảm xúc, quy tắc xã hội… Khi bước vào môi trường học đường, trẻ có điều kiện tiếp xúc hệ thống từ vựng sách vở, thuật ngữ, từ Hán Việt; từ đó vốn từ tăng nhanh về cả độ rộng lẫn độ sâu.

Nhìn chung, sự phát triển vốn từ chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố: đầu vào ngôn ngữ (số lượng và chất lượng lời nói trẻ được

nghe), cơ hội tương tác qua lại, thói quen đọc sách và kể chuyện, mức độ kích thích ngôn ngữ trong gia đình, cũng như đặc điểm cá nhân (trí nhớ, chú ý, năng lực phân loại - khái quát...).

3.2.7. Tiêu chí và phương thức đánh giá vốn từ vựng trong nghiên cứu

Đánh giá vốn từ vựng có thể thực hiện bằng nhiều phương thức: (i) bảng kiểm/vốn từ theo danh sách từ (phụ huynh hoặc giáo viên đánh dấu trẻ hiểu - trẻ dùng), (ii) trắc nghiệm hiểu từ (chọn tranh, làm theo chỉ dẫn), (iii) trắc nghiệm gọi tên (đặt tên tranh/đồ vật), và (iv) phân tích mẫu ngôn ngữ tự nhiên (ghi âm - phiên âm phát ngôn của trẻ trong tương tác).

Mỗi phương thức đo lường phản ánh một lát cắt khác nhau của vốn từ. Bảng kiểm thuận lợi khi cần khảo sát diện rộng và so sánh theo nhóm tuổi; trắc nghiệm cho phép kiểm soát ngữ liệu và mức độ khó; phân tích mẫu tự nhiên giúp quan sát cách trẻ lựa chọn từ, dùng từ trong ngữ cảnh và mức độ linh hoạt khi chuyển đề tài, thay đổi người đối thoại. Vì vậy, trong nghiên cứu vốn từ của trẻ, nên phối hợp nhiều nguồn dữ liệu để tăng độ tin cậy và giảm sai lệch do bối cảnh.

3.3. Lí thuyết về vốn ngữ pháp tiếng Việt

Vốn ngữ pháp của một cá nhân có thể hiểu là khả năng nắm được và vận dụng các quy tắc, phương tiện ngữ pháp của tiếng Việt để tạo lập và lĩnh hội phát ngôn. Nếu vốn từ vựng cung cấp “vật liệu” (từ ngữ), thì vốn ngữ pháp cung cấp “cơ chế tổ chức” (cách kết hợp) để biến vật liệu đó thành cụm từ và câu có ý nghĩa, đúng quan hệ và phù hợp mục đích giao tiếp.

3.3.1. Khái niệm ngữ pháp và vốn ngữ pháp

Ngữ pháp là hệ thống các quy tắc và phương tiện hình thức của ngôn ngữ dùng để tổ chức và liên kết các đơn vị (từ, cụm từ, câu) nhằm biểu thị các quan hệ ý nghĩa trong phát ngôn. Theo nghĩa rộng, ngữ pháp bao gồm hai bộ phận chính: (i) từ pháp (các đặc điểm hình thức - chức năng của từ) và (ii) cú pháp (quy tắc tổ chức cụm từ và câu).

“Vốn ngữ pháp” trong nghiên cứu phát triển ngôn ngữ thường được nhìn từ góc độ năng lực sử dụng: trẻ không chỉ “biết” một cấu trúc, mà cần có khả năng hiểu cấu trúc đó khi nghe/đọc và sử dụng cấu trúc đó để diễn đạt ý định giao tiếp. Vì vậy, vốn ngữ pháp liên quan trực tiếp đến cả ngôn ngữ tiếp nhận và ngôn ngữ biểu đạt.

3.3.2. Đặc điểm loại hình của tiếng Việt và các phương tiện ngữ pháp chủ yếu

Tiếng Việt thuộc loại hình đơn lập (phân tích): từ thường không biến đổi hình thái để biểu thị số, giống, cách hay thì như trong nhiều ngôn ngữ biến hình. Do đó, các quan hệ ngữ pháp trong tiếng Việt chủ yếu được biểu hiện bằng trật tự từ, hư từ (từ công cụ), phụ từ/tiểu từ, kết cấu cụm từ - câu và ngữ điệu.

Trật tự từ trong tiếng Việt nhìn chung khá ổn định ở những cấu trúc cơ bản (ví dụ: Chủ ngữ - Vị ngữ trong câu tường thuật; Động từ - Bổ ngữ trong cụm động từ; Danh từ trung tâm và các thành tố phụ trước/sau trong cụm danh từ). Tuy nhiên, tiếng Việt cũng có nhiều khả năng biến đổi trật tự theo mục đích thông tin (đưa thành phần làm đề/tóp), theo trọng tâm nhấn mạnh hoặc theo phong cách.

Hệ thống hư từ và phụ từ đóng vai trò quan trọng trong việc mã hóa các phạm trù ngữ pháp: từ chỉ số lượng (các, những, mọi, mỗi…), từ chỉ quan hệ sở hữu (của), từ chỉ thời - thể (đã, đang, sẽ, vừa, mới, từng…), từ phủ định (không, chưa, chẳng…), từ tình thái (à, ạ, nhé, nhỉ, cơ, mà…), liên từ (và, nhưng, vì, nên, nếu… thì…), giới từ (ở, tại, với, từ, đến…).

3.3.3. Các cấu trúc ngữ pháp cơ bản trong tiếng Việt

Đơn vị trung tâm của tổ chức ngữ pháp là cụm từ (nhóm từ) và câu. Trong tiếng Việt, ba kiểu cụm từ quan trọng thường được xét đến là cụm danh từ, cụm động từ và cụm tính từ.

Cụm danh từ thường có danh từ trung tâm và các thành tố

phụ biểu thị số lượng, loại (loại từ), tính xác định, đặc điểm, quan hệ sở hữu… (ví dụ: ba cái bút đỏ này; con mèo của em; tất cả những bạn học sinh…). Việc mở rộng và tổ chức đúng cụm danh từ giúp trẻ định danh chính xác, mô tả đầy đủ và tạo liên kết tham chiếu trong hội thoại.

Cụm động từ có động từ trung tâm, có thể kèm phụ từ chỉ thời - thể, phụ từ chỉ mức độ, bổ ngữ đối tượng, bổ ngữ kết quả, bổ ngữ hướng - nơi chốn… (ví dụ: đã ăn cơm; đang chạy vào nhà; làm rơi cái cốc; đưa cho mẹ). Năng lực tổ chức cụm động từ phản ánh rõ khả năng biểu đạt hành động, tiến trình, quan hệ tác động và ý định giao tiếp.

Cụm tính từ thường có tính từ trung tâm, kèm theo các yếu tố chỉ mức độ, so sánh hoặc sắc thái (rất đẹp; hơi buồn; cao hơn; đẹp quá). Kiểu cụm này liên quan đến khả năng mô tả, đánh giá và biểu thị cảm xúc.

Ở cấp độ câu, tiếng Việt có nhiều kiểu cấu trúc: câu đơn hai thành phần (Chủ ngữ - Vị ngữ), câu đơn rút gọn (lược chủ ngữ hoặc vị ngữ trong ngữ cảnh), câu có vị ngữ danh từ với từ “là”, câu tồn tại (có…), câu bị động (bị/được…), câu khiến (hãy/đừng…), câu hỏi (ai, gì, ở đâu, khi nào, tại sao; hay cấu trúc có/không), và các kiểu câu ghép - câu phức sử dụng quan hệ từ, liên từ để liên kết mệnh đề.

3.3.4. Một số phạm trù ngữ pháp tiêu biểu cần chú ý khi khảo sát

Do đặc điểm đơn lập, nhiều phạm trù ngữ pháp trong tiếng Việt thể hiện bằng phương tiện từ vựng - cú pháp. Trong khảo sát ngữ pháp trẻ em, các phạm trù sau thường được xem là chỉ báo quan trọng:

(1) Số lượng và phân loại: dùng từ chỉ số lượng và loại từ (một cái, hai con, các/những…), phản ánh khả năng định lượng và cấu trúc hóa cụm danh từ.

(2) Sở hữu: cấu trúc sở hữu với “của” (xe của con, sách của

bạn) hoặc kiểu sở hữu bằng trật tự (nhà tôi), phản ánh khả năng biểu thị quan hệ thuộc về.

(3) Thời - thể và tiến trình: các từ đã/đang/sẽ, vừa/mới/từng… biểu thị thời điểm tương đối và trạng thái tiến trình của hành động. Đây là phương tiện quan trọng để kể lại sự kiện và tổ chức mạch thời gian trong lời nói.

(4) Phủ định và tình thái: không/chưa/chẳng; các tiểu từ tình thái (ạ, nhé, nhỉ, cơ, mà…) giúp lời nói phù hợp quan hệ xã hội và mục đích giao tiếp.

(5) Liên kết câu: liên từ và quan hệ từ (và, nhưng, vì… nên, nếu… thì, mặc dù… nhưng) là nền tảng để hình thành câu phức, diễn đạt quan hệ logic (nguyên nhân, điều kiện, nhượng bộ, đối lập…) và phát triển năng lực kể chuyện - lập luận.

Trong phạm vi khảo sát ngữ pháp, việc lựa chọn các cấu trúc như câu số lượng, câu sở hữu, câu có động từ "đang/đã", cùng các câu đơn giản - phức tạp là phù hợp vì chúng đại diện cho các phạm trù có tần suất cao trong giao tiếp hằng ngày và có giá trị phân biệt mức độ phát triển ngữ pháp theo lứa tuổi.

3.3.5. Sự phát triển vốn ngữ pháp ở trẻ em nói tiếng Việt

Ở trẻ phát triển điển hình, năng lực ngữ pháp hình thành dần dần: từ phát ngôn một từ đến kết hợp hai từ, rồi mở rộng cụm từ và tạo câu đơn tương đối hoàn chỉnh. Khi vốn từ tăng, trẻ bắt đầu sử dụng trật tự từ ổn định hơn, thêm các yếu tố phụ (từ chỉ số lượng, chỉ thời - thể, phủ định…) và dần tạo được câu hỏi, câu cầu khiến, câu kể có mô tả - giải thích.

Giai đoạn sau, trẻ phát triển khả năng liên kết mệnh đề để tạo câu ghép/câu phức, biết dùng các quan hệ từ - liên từ biểu thị quan hệ logic; đồng thời sử dụng linh hoạt đại từ xưng hô, tiểu từ tình thái để phù hợp vai giao tiếp. Sự phát triển này gắn chặt với trải nghiệm tương tác xã hội và với môi trường học đường (đọc - viết, kể chuyện, trình bày, thảo luận).

Cần lưu ý rằng ngữ pháp không tách rời từ vựng và ngữ dụng: cùng một cấu trúc câu, việc chọn từ, chọn tiểu từ, chọn cách xưng hô và ngữ điệu sẽ quyết định mức độ tự nhiên, lịch sự và hiệu quả giao tiếp. Do đó, khi khảo sát vốn ngữ pháp, nên đặt các cấu trúc vào ngữ cảnh giao tiếp cụ thể để đánh giá khả năng sử dụng thực tế.

3.3.6. Tiêu chí và phương thức đánh giá vốn ngữ pháp

Đánh giá vốn ngữ pháp có thể dựa vào các chỉ báo như: độ dài phát ngôn trung bình (số tiếng/từ trong phát ngôn), mức độ đa dạng kiểu cấu trúc (câu đơn, câu hỏi, câu khiến, câu ghép/câu phức), độ chính xác trật tự từ và mức độ sử dụng đúng hư từ - phụ từ (đã/đang, không/chưa, của, các/những…).

Về phương thức, có thể kết hợp: (i) bài tập lựa chọn/hoàn thành câu để đánh giá hiểu cấu trúc, (ii) nhiệm vụ gợi nói theo tranh/tình huống để đánh giá tạo câu, và (iii) phân tích mẫu hội thoại tự nhiên để quan sát việc trẻ vận dụng cấu trúc khi đổi lượt lời, khi trả lời câu hỏi, khi kể lại sự việc. Sự phối hợp nhiều phương thức giúp phản ánh tương đối đầy đủ vốn ngữ pháp ở cả bình diện “biết” và “dùng”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Nữ Tâm An, (2012), *Nghiên cứu ứng dụng chương trình Can thiệp hành vi cho trẻ tự kỉ của Catherine Maurice trong can thiệp cho trẻ tự kỉ tại Hà Nội*, Tạp chí Giáo dục, số 299, trang 31-33.

2. Nguyễn Nữ Tâm An, (2009), *Bước đầu sử dụng phương pháp TEACCH trong can thiệp cho trẻ tự kỉ tại Hà Nội*, Tạp chí Giáo dục, Số 217 .- Tr.: 24-27 (TC-V/0001).

3. Hoàng Anh (chủ biên), Đỗ Thị Châu, Nguyễn Thạc (2007), *Hoạt động giao tiếp nhân cách*, Nxb Đại học sư phạm.

4. Nguyễn Thị Kim Anh và cộng sự (2018), *Xây dựng chương trình dạy kỹ năng xã hội cho trẻ mầm non có rối loạn phổ tự kỷ tại thành phố Hồ Chí Minh*, Chương trình khoa học công nghệ cấp thành phố, Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương TPHCM.

5. Trần Văn Công, Nguyễn Thị Hoàng Yến (2017), *Tỉ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỷ: Những con số thống kê*. Tạp chí Khoa học Trường Đại học Sư phạm Hà Nội, Khoa học Giáo dục, ISSN 2354-1075, số 62, 9AB, trang 322-330. DOI: 10.18173/2354-1075.2017-0112.

6. Trần Văn Công, Nguyễn Nữ Tâm An (2017), "*Các lí thuyết tâm lý giải thích rối loạn phổ tự kỉ và hướng vận dụng trong can thiệp*", Tạp chí Khoa học, Trường ĐH Sư phạm Hà Nội, 62 (9AB), tr. 103 - 112.

7. Trần Văn Công, Ngô Xuân Điệp (2017), *Hiệu quả của chương trình can thiệp trẻ tự kỷ dựa trên sự kết hợp giữa gia đình và cơ sở can thiệp*, Tạp chí Khoa học & Công nghệ Việt Nam, tr 48-54, tập 17 số 6. ISSN: 1859-4794.

8. Ngô Xuân Điệp (2009), *Nghiên cứu nhận thức của trẻ tự kỉ tại thành phố Hồ Chí Minh*, Luận án tiến sĩ tâm lí học, Viện Tâm lí học.

9. Nguyễn Thị Hương Giang, Trần Thị Thu Hà (2008), *Nghiên cứu xu thế mắc bệnh và một số đặc điểm dịch tễ học của trẻ tự kỉ điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương*, Tạp chí y học thực hành.

10. Nguyễn Thiện Giáp, (2020), *Ngôn ngữ học lí thuyết*, Nxb. Đại học Quốc gia Hà Nội.

11. Nguyễn Hương Giang, 2012, *Nghiên cứu sàng lọc phát hiện sớm Tự kỉ bằng M - CHAT – 23 ở trẻ em 18 – 24 tháng tuổi*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

12. Phạm Minh Hạc – Trần Trọng Thủy (1998), *Tâm lý học tập 1*, Nxb Giáo dục.

13. Vũ Thị Bích Hạnh (2007), *Tự kỉ - phát hiện sớm và can thiệp sớm*, Nxb Y học.

14. Trần Thị Thu Hà - Nguyễn Hương Giang, 2003, *Bước đầu tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ, lâm sàng bệnh Tự kỉ ở Việt Nam*, Tạp chí y học thực hành.

15. Ngô Công Hoàn (2011), *Giao tiếp và ứng xử của cô giáo với trẻ em*, Nxb Đại học quốc gia Hà Nội.

16. Thành Ngọc Minh, Nguyễn Mai Hương, Nguyễn Thị Hồng Thúy (2016), *Công tác khám, đánh giá trẻ mắc rối loạn phổ tự kỉ tại khoa tâm thần – Bệnh viện Nhi trung ương giai đoạn 2011 – 2015*, Tạp chí Khoa học Giáo dục số đặc biệt tháng 11/2016, trang 84 - 87.

17. Lê Ánh Nguyệt, Dương Thị Hoài, Phạm Thị Huế, Bùi Thị Kim Xuân, Trần Văn Công (2015), *Nghiên cứu về mô hình giáo dục hòa nhập cho trẻ rối loạn phát triển trong trường mầm non*. Tạp chí Khoa học Đại học Sư phạm Hà Nội, Volume 60, Number 6BC, 2015. ISSN 0868-3719. Trang 64-74.

18. Phạm Minh Mục, 2011, *Chăm sóc và giáo dục trẻ tự kỷ*, Tạp chí Khoa học giáo dục số tháng 9/2011.

19.Phạm Minh Mục, 2013, *Tự kỷ và giáo dục trẻ tự kỷ*, Tạp chí Giáo dục, số tháng 6/2013.

20.Phạm Minh Mục, 2017, *Đảm bảo chất lượng giáo dục trẻ rối loạn phát triển*, Kỷ yếu Hội thảo quốc tế lần thứ nhất về Giáo dục trẻ rối loạn phát triển (tháng 10/2017).

21.Phạm Ngọc Thanh, *Cách tiếp cận trẻ tự kỉ dựa vào cộng đồng tại bệnh viện Nhi đồng 1*, Tự kỉ ở trẻ em, Tài liệu hội thảo, tr. 1 -11.

22.Đỗ Thị Thảo - Trần Thị Thiệp, (2010), *Can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật phát triển và tự kỉ*, Dự án TRIG,

23.Đỗ Thị Thảo, (2010) *Áp dụng phương pháp TEACCH trong can thiệp cho trẻ tự kỉ*, Tạp chí Khoa học, Đại học Sư phạm Hà Nội, tr. 132-142.

24.Đào Thị Bích Thủy - Hồ Thị Nết (2013), *Ứng dụng bảng kiểm phát triển trong CTS trẻ tự kỉ*, Tạp chí giáo dục - Số đặc biệt.

25.Đào Thu Thủy (2008), *Xây dựng bài tập phát triển giao tiếp tổng thể cho trẻ Tự kỷ tuổi mầm non*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Viện, Viện khoa học giáo dục Việt Nam.

26.Nguyễn Quang Uẩn (chủ biên), Trần Hữu Luyến, Trần Quốc Thành (2000), *Tâm lý học đại cương*, Nxb Đại học quốc gia, Hà Nội.

27.WHO, UNESCO, ILO, IDDC, 2010, "*Hướng dẫn phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*", Biên dịch và chỉnh lí: Phạm Dũng.

28.Trung tâm nghiên cứu giáo dục và chăm sóc trẻ em (2011), *Những điều cần biết trong chẩn đoán đánh giá về hồi chứng tự kỉ*, Nxb Đại học sư phạm.

29.Nguyễn Thị Xuyên và cộng sự, 2008, "*Tài liệu số 15: Phục hồi chức năng trẻ tự kỉ" NXB Y học Hà Nội, sản phẩm của chương trình hợp tác Tăng cường năng lực PCN dựa vào cộng đồng giữa bộ Y tế Việt Nam và Ủy ban Y tế Hà Lan Việt Nam*.

30.Nguyễn Thị Xuyên và cộng sự, 2008, "*Hướng dẫn thực hiện Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng" NXB Y học Hà Nội, sản phẩm của chương trình hợp tác Tăng cường năng lực PCN dựa*

vào cộng đồng giữa bộ Y tế Việt Nam và Ủy ban Y tế Hà Lan Việt Nam.

31.Nguyễn Thị Hoàng Yến (2012), *Giáo dục đặc biệt và những thuật ngữ cơ bản*, Nxb Đại học Sư Phạm.

32.Nguyễn Thị Hoàng Yến (2013), *Tự kỉ - Những vấn đề lý luận và thực tiễn*, Nxb Đại học Sư phạm.

33.Nguyễn Thị Hoàng Yến và cộng sự (2014), *Nghiên cứu biện pháp can thiệp sớm và giáo dục hòa nhập cho trẻ tự kỷ ở nước ta hiện nay và trong giai đoạn 2011 – 2020*, Đề tài độc lập cấp nhà nước, Hà Nội.

34.Nguyễn Thị Hoàng Yến, 2007, *Một số công cụ chẩn đoán đánh giá và ứng dụng trong Giáo dục đặc biệt cho trẻ khuyết tật*.

35.Nguyễn Thị Hoàng Yến, "*Phát triển chương trình giáo dục trị liệu cho trẻ khuyết tật phát triển Đông Nam Á"*, dự án nghiên cứu quốc tế giữa Việt Nam - Nhật Bản – Trung Quốc. 2008 – 2011.

36.Nguyễn Thị Hoàng Yến - Đào Thị Bích Thủy (2013), *Bảng kiểm phát triển cho trẻ em Việt Nam*, Tạp chí giáo dục - Số đặc biệt.

37.Trần Thị Minh Thành (2013), "*Thực trạng đánh giá phát triển cho trẻ rối loạn tự kỉ và giải pháp*", Tạp chí Giáo dục - Số đặc biệt.

38.Quốc Hội Nước CHXHCN Việt Nam, (2019), *Luật Giáo dục*.

39.Quốc Hội Nước CHXHCN Việt Nam, (2016), *Luật Trẻ em*.

Tiếng Anh

40.American Psychiatric Association (2013), *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM – 5*, American Psychiatric Publishing, Wasington DC.

41.Richard D. Boyd, Michael J. Corley, Richard D. Boyd (2011). *"Outcome Survey of Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism in a Community Setting*", SAGE JOURNALS, VOL5, ISSUE 1, 2001

42.Christina M. Corsello, *Early intervention in Autism*, Infants & Young Children, Vol. 18, No. 2, pp. 74–85.

43.Cong Van Tran & colleague (2015), *Early identification and intervention services for children with autism in Vietnam*, Health psychology report volume 3(3),

44.Iliana Magiati, Tony Charman, and Patricia Howlin (2007). *"A two-year prospective follow-up study of community-based early intensive behavioural intervention and specialist nursery provision for children with autism spectrum disorders"* Institute of Psychiatry, King's College London, UK; UCL Institute of Child Health, London, UK, Journal of Child Psychology and Psychiatry 48:8 (2007), tr. 803–812

45.Diana Robins, *Research Programs in early detection and intervention*, Drexel Autism Institute.

46.Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Prevalence of the Autism Spectrum Disorders in Multiple Areas of the United States*, Surveillance Years 2000 and 2002 - A Report from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring, USA.

47.Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Prevalence of the Autism Spectrum Disorders in Multiple Areas of the United States, Surveillance Years 2000 and 2002* - A Report from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring, USA.

48.Lovaas OI. (1987), *Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, N0 55, pp3-9.

49.Lovaas OI. (1987), *Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, N0 55, pp3-9.

50.Travis Thompson (2013), *Autism Research and Services for Young Children: History*, Progress and Challenge, Blackwell Publishing Ltd;

51.Luiselli Cannon, Ellis & Sisson, (2000), *Home – based behavioral interventions for young children with autism/pervasive developmental disorder*: preliminary evaluation of outcome in relation to child age and intensity of service delivery;

52.McEachin, Smith & Lovaas, 1999, *Long – term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment*, Am J Ment Retard. 1993 Jan;97(4):359-72.

53.McGee, Morrier & Daly, (1999) *An incidental teaching approach to early intervention for toddlers with autism*, Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 24(3), 133-146.

54.Ozonoff & Cathcart (1998), *Effectiveness of a home program intervention for young children with autism*, J Autism Dev Disord. 1998 Feb;28(1):25-32

55.Smith, Groen & Wynn, (2000) *Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder*, Am J Ment Retard. 2000 Jul;105(4):269-85.

56.Joshua K. Harrower Glendunlap, *Inluding Children With Autism in General Education Classrooms: A Review of Effective Strategies*, Behavior Modification 25(5):762-84.

57.Rubina Lal, *Effect of inclusive education on language and social development of children with autism*, Department of Special Education.

58.Shane L. Lynch; Angela N. Irvine, *Inclusive education and best practice for children with autism spectrum disorder: an integrated approach*, International Journal of Inclusive Education, 13:8, 845-859.

59.Sonja R. de Boer; foreword by Richard Simpson., *Successful Inclusion for Students with Autism: Creating a Complete*, Effective ASD Inclusion Program, San Francisco, CA : Jossey-Bass, c2009.

60.Hong, E. R., Ganz, J. B., Neely, L., Boles, M., Gerow, S., & Davis, J. L. (2016). *A Meta-Analytic Review of Family-*

Implemented Social and Communication Interventions for Individuals with Developmental Disabilities. Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 3(2), 125-136.

61. Gabovitch, E. M., & Curtin, C. (2009). *Family-centered care for children with autism spectrum disorders: A review*. Marriage & Family Review, 45(5), 469-498.

62. Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). *Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation*. Clinical child and family psychology review, 15(3), 247-277.

63. Prelock, P. A., & Hutchins, T. L. (2008). *The Role of Family Centered Care in Research: Supporting the Social Communication of Children With Autism Spectrum Disorder*. Topics in Language Disorders, 28(4), 323-339.

64. Tarbox, J., Persicke, A., & Kenzer, A. (2013). *Home-Based Services. In Handbook of Crisis Intervention and Developmental Disabilities* (pp. 331-349). Springer New York.

65. Tonge, B. J., Bull, K., Brereton, A., & Wilson, R. (2014). *A review of evidence- based early intervention for behavioural problems in children with autism spectrum disorder: the core components of effective programs, child-focused interventions and comprehensive treatment models*. Current opinion in psychiatry, 27(2), 158-165.

66. Vivian, L., Hutchins, T. L., & Prelock, P. A. (2012). *A Family-Centered Approach for Training Parents to Use Comic Strip Conversations With Their Child With Autism*. Contemporary Issues in Communication Science & Disorders, 39.

67. L.S. Vygotsky (1978), *Mind in Society*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

68. Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2010). *Social skills interventions for individuals with autism: Evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework.* Journal of autism and developmental disorders, 40(2), 149-166.

69.Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. A., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., ... & Schultz, T. R. (2015). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 45(7), 1951-1966.

70.Rogers, S. J., & Vismara, L. A. (2008). *Evidence-based comprehensive treatments for early autism*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37(1), 8-38.

71.Case-Smith, J., & Arbesman, M. (2008). *Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy*. American Journal of Occupational Therapy, 62(4), 416-429.

72.Howlin, P., Gordon, R. K., Pasco, G., Wade, A., & Charman, T. (2007). *The effectiveness of Picture Exchange Communication System (PECS) training for teachers of children with autism: a pragmatic, group randomised controlled trial*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48(5), 473-481.

73.Wang, P., & Spillane, A. (2009). *Evidence-based social skills interventions for children with autism: A meta-analysis*. Education and Training in Developmental Disabilities, 318-342.

74.Flippin, M., Reszka, S., & Watson, L. R. (2010). *Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders: A meta-analysis*. American Journal of Speech-Language Pathology, 19(2), 178-195.

75.Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. Springer Science & Business Media.

76.Callahan, K., Shukla-Mehta, S., Magee, S., & Wie, M. (2010). *ABA versus TEACCH: the case for defining and validating comprehensive treatment models in autism*. Journal of autism and developmental disorders, 40(1), 74-88.

77.Virues-Ortega, J., Julio, F. M., & Pastor-Barriuso, R. (2013). *The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies*. Clinical psychology review, 33(8), 940-953.

78.Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). *Influences of family- systems intervention practices on parent-child interactions and child development*. Topics in Early Childhood Special Education, 30(1), 3-19.

79.Wilkinson, L. A. (2016). *A Best Practice Guide to Assessment and Intervention for Autism Spectrum Disorder in Schools*. Jessica Kingsley Publishers.